

Aus der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im  
Kindes- und Jugendalter, Universität Rostock

Direktor: Prof. Dr. med. F. Häßler

## Erziehungsschwierig oder traumatisiert - Kinder zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie -

Analyse der stationären Klientel der Klinik für Kinderpsychiatrie Rostock 1960  
und die Kooperation mit Jugendhilfeinstanzen

Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen  
Grades

Doktor der Medizin  
der Universitätsmedizin Rostock

vorgelegt von  
Wiebke Mai

Rostock, 20. September 2016

**Gutachter:**

1. Gutachter:

Prof. Dr. med. Frank Häßler  
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im  
Kindes- und Jugendalter, Universität Rostock

2. Gutachter:

PD Dr. med. Ekkehardt Kumbier  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Rostock

3. Gutachter:

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Dr. phil. Hans- Christoph  
Steinhausen  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,  
Psychiatrische Universitätsklinik Zurich  
Institut für Psychologie, Universität Basel  
Psychiatrische Universitätsklinik, Universität Aalborg  
Zentrum für seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen,  
Kopenhagen

**Datum der Einreichung:** 20.09.2016

**Datum der Verteidigung:** 09.05.2017

# **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>I</b>
------------------------------	----------

<b>TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>I</b>
----------------------------	----------

<b>I</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>1</b>
----------	-------------------	----------

<b>I.1 Die gegenseitige Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und das Problem der Zusammenarbeit</b>	<b>1</b>
--	----------

<b>I.2 Entwicklung und Gegenwart der Kinder- und Jugendpsychiatrie</b>	<b>3</b>
--	----------

<b>I.2.1 Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie</b>	<b>3</b>
---	----------

<b>I.2.2 Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock</b>	<b>7</b>
---	----------

<b>I.2.2.1 Derzeitige Struktur der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock</b>	<b>9</b>
--	----------

<b>I.2.2.2 Gerhard Göllnitz- Auffassungen und Ansichten des ersten Leiters des Lehrstuhls für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie in Rostock</b>	<b>11</b>
---	-----------

<b>I.3 Entwicklung und Stand der Kinder- und Jugendhilfe in der DDR</b>	<b>13</b>
---	-----------

<b>I.3.1 Geschichte der Kinder- und Jugendhilfe</b>	<b>13</b>
---	-----------

<b>I.3.2 Leitung und Struktur der Jugendhilfe</b>	<b>16</b>
---	-----------

<b>I.3.3 Aufgaben der Jugendhilfe</b>	<b>17</b>
---------------------------------------	-----------

<b>I.3.4 Das Heimsystem der DDR</b>	<b>18</b>
-------------------------------------	-----------

<b>I.4 Entwicklung und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im vereinigten Deutschland</b>	<b>24</b>
--	-----------

<b>I.5 Hypothesen dieser Arbeit</b>	<b>27</b>
-------------------------------------	-----------

<b>II</b>	<b>METHODE</b>	<b>28</b>
-----------	----------------	-----------

<b>II.1 Definition der zu untersuchenden Klientel und des Untersuchungszeitraumes</b>	<b>28</b>
---	-----------

<b>II.2 Erfasste Merkmale</b>	<b>29</b>
-------------------------------	-----------

<b>II.3 Auswertung der Daten</b>	<b>31</b>
----------------------------------	-----------

<b>III</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>31</b>
------------	-------------------	-----------

<b>III.1 Gesamtklientel mit psychiatrischer Diagnose</b>	<b>31</b>
--	-----------

<b>III.2 Personendaten</b>	<b>31</b>
----------------------------	-----------

<b>III.2.1 Geschlechter</b>	<b>31</b>
-----------------------------	-----------

<b>III.2.2 Alter</b>	<b>32</b>
----------------------	-----------

<b>III.2.3 Die Gruppen</b>	<b>33</b>
----------------------------	-----------

<b>III.3 Klinische Daten</b>	<b>34</b>
------------------------------	-----------

<b>III.3.1 Aufenthaltsdauer</b>	<b>34</b>
---------------------------------	-----------

<b>III.3.1.1 Aufenthaltsdauer und Entwicklungsverzögerungen</b>	<b>35</b>
---	-----------

<b>III.3.1.2 Aufenthaltsdauer und Aufnahmesymptomatik</b>	<b>35</b>
---	-----------

<b>III.3.1.3 Aufenthaltsdauer in Abhängigkeit vom Alter</b>	<b>36</b>
---	-----------

<b>III.3.1.4 Aufenthaltsdauer und Behandlungserfolg</b>	<b>36</b>
---	-----------

III.3.1.5	Aufenthaltsdauer und Diagnose	37
<b>III.3.2</b>	<b>Intelligenzquotient</b>	37
III.3.2.1	IQ und Fremdplatzierung	39
III.3.2.2	IQ und Alter	39
III.3.2.3	IQ und Aufenthaltsdauer	39
III.3.2.4	IQ und Geburtsverlauf	39
III.3.2.5	IQ und Entwicklung	40
<b>III.3.3</b>	<b>Entwicklungsrückstand</b>	40
III.3.3.1	Entwicklungsrückstand und Geschlecht	41
III.3.3.2	Entwicklungsrückstand und Fremdplatzierung	41
<b>III.3.4</b>	<b>Aufnahmesymptomatik</b>	42
<b>III.3.5</b>	<b>Suizidversuch, Substanzmissbrauch</b>	42
<b>III.3.6</b>	<b>Geburtsverlauf</b>	42
III.3.6.1	Geburtsverlauf und Fremdplatzierung	42
III.3.6.2	Geburtsverlauf und Geschlecht	42
<b>III.3.7</b>	<b>EEG</b>	43
<b>III.3.8</b>	<b>Medikamentengabe</b>	44
<b>III.3.9</b>	<b>Behandlungserfolg</b>	45
III.3.9.1	Behandlungserfolg und Geschlecht	45
III.3.9.2	Behandlungserfolg und Alter	46
III.3.9.3	Behandlungserfolg und Fremdplatzierung	46
III.3.9.4	Behandlungserfolg und IQ	46
III.3.9.5	Behandlungserfolg und Geburtsverlauf	47
III.3.9.6	Behandlungserfolg und Entwicklungsverzögerungen	47
<b>III.4</b>	<b>Sonstige Befunde</b>	<b>49</b>
<b>III.4.1</b>	<b>Verhaltensstörungen</b>	49
<b>III.4.2</b>	<b>Aggression</b>	49
III.4.2.1	Aggression und Fremdplatzierung	49
III.4.2.2	Aggression und Alter	49
III.4.2.3	Aggression und IQ	50
<b>III.4.3</b>	<b>Hypermotorik</b>	50
III.4.3.1	Hypermotorik und Geschlecht	50
III.4.3.2	Hypermotorik und Fremdplatzierung	50
III.4.3.3	Hypermotorik und Alter/IQ	51
<b>III.4.4</b>	<b>Konzentrationsstörungen</b>	51
III.4.4.1	Konzentrationsstörungen und Geschlecht	51
III.4.4.2	Konzentrationsstörungen und Fremdplatzierung	51
III.4.4.3	Konzentrationsstörungen und Alter	52
III.4.4.4	Konzentrationsstörungen und IQ	52
<b>III.4.5</b>	<b>Stehlen</b>	52
III.4.5.1	Stehlen und Geschlecht	52
III.4.5.2	Stehlen und Fremdplatzierung	52
III.4.5.3	Stehlen und Alter	52
III.4.5.4	Stehlen und IQ	53
<b>III.4.6</b>	<b>Missbrauch durch die Eltern</b>	53
<b>III.5</b>	<b>Diagnosen</b>	<b>54</b>
<b>III.5.1</b>	<b>Erstdiagnosen nach ICD-10</b>	54
<b>III.5.2</b>	<b>Zweitdiagnose</b>	56
<b>III.5.3</b>	<b>Intelligenzminderung (F 70-79) als Erstdiagnose</b>	56
<b>III.5.4</b>	<b>IQ und Diagnosen</b>	57
<b>III.5.5</b>	<b>Diagnose und Gruppe</b>	57
<b>III.5.6</b>	<b>Erstdiagnosen und Behandlungserfolg</b>	58

III.5.7	Diagnosen und psychiatrische Erkrankung der Eltern	58
III.5.8	Diagnose und EEG	58
III.5.9	Diagnose und Geschlecht	58
III.5.10	Diagnose und Geburtsverlauf	59
III.5.11	Diagnose und Alter	59
<b>III.6</b>	<b>Familiäre Situation</b>	<b>60</b>
III.6.1	Familiärer Hintergrund	60
III.6.2	Schulbildung der Eltern	60
III.6.3	Berufsausbildung	61
III.6.4	Berufstätigkeit der Eltern	61
III.6.4.1	Ausbildung der Eltern und Patientenalter	61
III.6.4.2	Ausbildung der Eltern und Fremdplatzierung	61
III.6.5	Substanzmissbrauch der Eltern	62
III.6.6	Psychiatrische Erkrankungen der Eltern	62
III.6.7	Geschwisteranzahl	62
III.6.8	Im Haushalt lebende Geschwister	62
III.6.9	Im Heim lebende Geschwister	63
III.6.10	Milieu	63
<b>III.7</b>	<b>Versorgungsstruktur</b>	<b>64</b>
III.7.1	Einweisende Stelle	64
III.7.2	Weiterbehandelnde Stelle	65
III.7.3	Überweisung in Heimeinrichtungen	65
III.7.4	Überweisung in die Klinik	65

## **IV DISKUSSION**

**66**

<b>IV.1</b>	<b>Vergleich der Klientel der „heimerfahrenen Kinder“ der Jahre 1960 und 1988/89 (Hentsch 1999)</b>	<b>66</b>
IV.1.1	Geschlecht	66
IV.1.2	Alter der Patienten	67
IV.1.3	Dauer der Behandlung	67
IV.1.4	Einweisende Stelle	67
IV.1.5	Weiterbehandelnde Stelle	68
IV.1.6	Behandlungserfolg	68
IV.1.7	Wiederholte Behandlung	69
IV.1.8	Intelligenz	70
IV.1.9	Entwicklungsverzögerungen	71
IV.1.10	Anzahl der Geschwister	71
IV.1.11	Anzahl der Geschwister im Heim	72
IV.1.12	Familiäre Situation	72
IV.1.13	Bildungsstand der Mutter	73
IV.1.14	Substanzmissbrauch und psychiatrische Erkrankungen der Eltern	73
IV.1.15	Diagnosen	74
IV.1.16	Aggressionen	74
IV.1.17	Konzentrationsstörungen	75
IV.1.18	Hypermotorik	76
IV.1.19	Stehlen	76
IV.1.20	Lügen	76
IV.1.21	Behandlungsdauer	77
IV.1.22	Alter und Geschlecht	77

<b>IV.2</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse</b>	<b>78</b>
<b>IV.2.1</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse der Untersuchung des Jahrganges 1960</b>	<b>78</b>
IV.2.1.1	Die Diagnosen	80
IV.2.1.2	Die Behandlungsdauer und der Behandlungserfolg	83
IV.2.1.3	Intelligenzminderung als Erstdiagnose	85
<b>IV.2.2</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse des Vergleichs der Jahrgänge 1960 und 1988/89</b>	<b>89</b>
IV.2.2.1	Die Klientel	89
IV.2.2.2	Diagnosen	91
IV.2.2.3	Intelligenzminderung	93
IV.2.2.4	Behandlungserfolg	93
IV.2.2.5	Risikofaktoren	94
IV.2.2.5.1	Suchterkrankungen der Eltern	94
IV.2.2.5.2	Geschwisteranzahl und Anzahl der Geschwister im Heim	94
IV.2.2.5.3	Milieu	95
IV.2.2.5.4	Familiäre Situation	95
<b>IV.3</b>	<b>Thesen dieser Arbeit</b>	<b>96</b>
<b>IV.4</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>98</b>
<b>V.</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>101</b>
<b>VI.</b>	<b>ANHANG</b>	<b>A</b>
<b>VI.1</b>	<b>Schlüsselwortverzeichnis</b>	<b>A</b>

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Behandlungsmöglichkeiten der KJPP Rostock (Universitätsmedizin Rostock 2015) .....	9
Abb. 2: Struktur der Jugendhilfe .....	16
Abb. 3: Das Heimsystem der DDR (Laudien und Sachse 2012) .....	19
Abb. 4: Verteilung der Patienten in Altersgruppen .....	33
Abb. 5: Verteilung der Klientel in den Gruppen .....	34
Abb. 6: Verteilung der Patienten nach Aufenthaltsdauer .....	36
Abb. 7: Verteilung der Patienten nach ihrem IQ .....	38
Abb. 8: EEG-Befund der Patienten .....	43
Abb. 9: Behandlungserfolg der Patienten .....	45
Abb. 10: Hypermotorik innerhalb der Gruppen .....	50
Abb. 11: Auftreten von Stehlen, betrachtet nach IQ .....	53
Abb. 12: Diagnoseverteilung nach ICD-10 .....	55
Abb. 13: Familiärer Hintergrund der Patienten .....	60
Abb. 14: Verteilung der einweisenden Instanzen .....	64
Abb. 15: Verteilung der weiterbehandelnden Instanz .....	65
Abb. 16: Geschlechterverteilung .....	66
Abb. 17: Einweisende Instanzen im Vergleich ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=15$ ; $n_{\text{gesamt}}(1988/89)=49$ ) .....	67
Abb. 18: Weiterbehandelnde Instanzen im Vergleich ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=15$ ; $n_{\text{gesamt}}(1988/89)=49$ ) .....	68
Abb. 19: Behandlungserfolg im Vergleich ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=15$ ; $n_{\text{gesamt}}(1988/89)=46$ ) .....	69
Abb. 20: Behandlungswiederholungen ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=15$ ; $n_{\text{gesamt}}(1988/89)=48$ ) .....	70
Abb. 21: Patienten-IQ im Vergleich ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=15$ ; $n_{\text{gesamt}}(1988/89)=47$ ) .....	71
Abb. 22: Geschwisteranzahl im Vergleich ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=14$ ; $n_{\text{gesamt}}(1988/89)=35$ ) .....	72
Abb. 23: Familiäre Verhältnisse ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=14$ ; $n_{\text{gesamt}}(1988/89)=48$ ) .....	73
Abb. 24: Diagnoseverteilung 1960 bzw. 1988/89 ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=17$ ; $n_{\text{gesamt}}(1988/89)=49$ ) .....	74
Abb. 25: Auftreten von Aggression 1960 und 1988/89 ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=15$ ; $n_{\text{gesamt}}(1988/89)=49$ ) .....	75
Abb. 26: Auftreten von Konzentrationsstörungen 1960 und 1988/89 ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=15$ ; $n_{\text{gesamt}}(1988/89)=48$ ) .....	75
Abb. 27: Auftreten von Hypermotorik 1960 und 1988/89 ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=15$ ; $n_{\text{gesamt}}(1988/89)=49$ ) ...	76

## TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Verteilung der Geschlechter in den Gruppen; (% von Gesamtmenge) .....	31
Tab. 2: IQ innerhalb der Geschlechter; (% von Gesamtmenge) .....	38
Tab. 3: IQ und Entwicklungsverzögerungen; (% von Gesamtmenge) .....	40
Tab. 4: Verteilung von Entwicklungsverzögerungen .....	41
Tab. 5: Übersicht über die Gabe von Medikamenten innerhalb der Kategorien Geschlecht, Gruppe, Behandlungserfolg und IQ; (% von Gesamtmenge) .....	44
Tab. 6: Übersicht über den Behandlungserfolg in Abhängigkeit einzelner Kategorien (BE= Behandlungserfolg; GK= Geburtskomplikationen; ER= Entwicklungsretardierungen) .....	48
Tab. 7: Modifikation der Diagnosen 1960 zur ICD-10-Klassifikation .....	54
Tab. 8: Absolute und relative Häufigkeiten der Erstdiagnosen 1960 .....	56
Tab. 9: Milieu und Gruppe .....	63

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	-	Abbildung
Abs.	-	Absatz
ADHS	-	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperkinetisches Syndrom
AGJ	-	Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe
BAG	-	Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
BKJPP	-	Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.
BMAS	-	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	-	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BGW	-	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
bzw.	-	beziehungsweise
CdS	-	Chefs der Staats- und Senatskanzleien der Länder
DDR	-	Deutsche Demokratische Republik
df	-	Prüfgröße
DGKJP	-	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
DIMDI	-	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
EEG	-	Elektroencephalogramm
FDJ	-	Freie Deutsche Jugend
ICD-10	-	International Cluster of Diseases, zehnte Auflage
IQ	-	Intelligenzquotient
JHV	-	Jugendhilfeverordnung
KJHG	-	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KJPP	-	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Mw	-	Mittelwert
n	-	Anzahl
NVA	-	Nationale Volksarmee
p	-	Signifikanzniveau
POS	-	Polytechnische Oberschule
RJWG	-	Reichsjugendwohlfahrtsgesetz
s	-	Standardabweichung
SGB	-	Sozialgesetzbuch
StGB	-	Strafgesetzbuch
t	-	T-Wert
Tab.	-	Tabelle
WHO	-	World Health Organisation



# **I Einleitung**

## **I.1 Die gegenseitige Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und das Problem der Zusammenarbeit**

Mit wachsenden Fallzahlen über psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen sowie die vermehrte Inanspruchnahme von Jugendhilfeangeboten muss eine enge Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie gewährleistet werden (Statistisches Bundesamt 2008). Es ist unabdingbar, dass beide Bereiche verantwortlich handeln und mittels spezifischer Unterstützung ein optimales und gemeinsames Konzept für den Betroffenen finden. Dabei ist es wichtig, die fachliche Profession jedes Bereiches zu akzeptieren und im gemeinsamen Gespräch eine Hilfestrategie zu entwickeln. Gegenseitiger Austausch von Informationen und Erfahrungen sind ebenso förderlich wie ein Einbezug von Eltern, Kindern und Jugendlichen.

Als Fachrichtung der Medizin beschäftigt sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit seelischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Krankheitsbildern, deren Vorbeugung, Erkennung und Behandlung- vom Säuglingsalter bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (in der gerichtlichen Psychiatrie/Forensik laut Jugendgerichtsgesetz bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres). Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Professionen ist bezüglich der Umsetzung oben genannter Aufgaben meist erforderlich. Insbesondere seelisch behinderte Kinder und Jugendliche erfordern stets eine Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. Um eine erfolgreiche Zusammenarbeit realisieren zu können, müssen alle Instanzen vorbehaltlos und am Bedarf der Kinder orientiert miteinander kooperieren (Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern 2011).

Je nachdem, welche Instanz als erste aufgesucht worden ist, obliegt ihr die Verantwortung der Kontaktaufnahme mit der anderen- wenn dies notwendig wird. Allerdings zeigen die Erfahrungen der vergangenen Jahre, dass die gegenseitige Inanspruchnahme zu Schwierigkeiten führen kann, insbesondere, wenn die Erstkontaktstelle die Notwendigkeit für die Kooperation mit der anderen Instanz nicht sieht. Unter der Konsequenz hat der Betroffene zu leiden, wenn seine Traumatisierung

verkannt oder die Erziehungsprobleme als psychiatrische Störung aufgefasst werden. Eine Studie von Nützel et. al 2005 an Ulmer Heimkindern zeigte, dass bei der Mehrzahl der untersuchten Heimkinder (60%) eine psychiatrische Betreuung indiziert ist (Nützel et al. 2005). Warnke und Beck stellten 2009 heraus, dass die Hälfte der Kinder nach Abschluss der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Organe der Jugendhilfe weiterbetreut werden müssten (Beck und Warnke 2009).

Gesetzliche Grundlage bildet zwar das SGB VIII, in welches seit 1993 auch die Jugendhilfe integriert ist (Jung 2008). Doch die Zusammenarbeit gestaltete sich nicht nur aufgrund der generellen Neumodellierung der Jugendhilfe nach der politischen Wende 1990- als schwierig. Köttgen beschrieb eine Art Neid seitens der Jugendhilfe (Köttgen 1990). Im 13. Kinder- und Jugendbericht wurde die Organisation der Zusammenarbeit bemängelt (BMFSFJ 2009). Infolgedessen wurden in einigen Bundesländern Richtlinien für eine effektivere Kooperation erstellt, an der die beteiligten Professionen und Institutionen mitgearbeitet haben (Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern 2011).

Diese Arbeit beschäftigt sich unter anderem mit der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe unter den politischen Bedingungen in der DDR. Eine empirische Untersuchung des Patientenguts des Jahres 1960 der Kinderneuropsihatrie Rostock soll exemplarisch die Anfänge der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständiges Fachgebiet aufzeigen. Dadurch soll auch die Kooperation der Jugendhilfe der DDR mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie untersucht werden. Hintergrund sind durch die Arbeits- und Sozialministerkonferenz bereits 2013 und 2014 angestrebte Hilfen/Entschädigungen für Kinder und Jugendliche zwischen 1949 und 1990 in der DDR in stationären psychiatrischen Einrichtungen. In der am 7.5.2015 stattgefundenen CdS-Konferenz wurde die Notwendigkeit der Aufarbeitung dieser Thematik und der finanziellen Entschädigung Betroffener herausgestellt (Bätzing-Lichtenthäler, S./ Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD) 01.07.2015). Ob und wie weit es systematisches Unrecht oder individuelles Versagen in stationären psychiatrischen Einrichtungen der DDR gab, wird als gesichert angenommen. Für die Realisierung eines „Hilfesystems für Menschen, die als Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie in der Zeit von 1949 bis 1975 in der BRD sowie in der Zeit von 1949 bis 1990 in der DDR Unrecht und Leid erfahren haben“ wurde eine Machbarkeitsstudie des BMAS, verfasst von Dr. Jungmann, in Auftrag gegeben. Mittels Schätzungen wurden Vorhersagen getätigt und Anteile bestimmt. So wurde die Anzahl der Personen innerhalb des 42-jährigen

Untersuchungszeitraumes der DDR auf insgesamt 260.300, davon 234.000 in stationären Einrichtungen der Psychiatrie und 26.300 in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe geschätzt. Diese Studie bezieht sich demnach nicht auf stationäre kinder- und jugendpsychiatrisch erhobene Daten (BMAS 2015). Die Auswertung solcher Daten (1960) liegt aber der vorliegenden Untersuchung zugrunde.

## **I.2 Entwicklung und Gegenwart der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

### ***I.2.1 Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie***

In der Zeit des Mittelalters wurden Erkrankungen der Psyche von Mönchen behandelt, teilweise durch exorzistische Rituale. Als nennenswerte Personen dieser Zeit galten Hildegard von Bingen und Petrus Hispanus (1276), der den Grund psychiatrischer Erkrankungen erstmalig auch hinsichtlich somatischer Gegebenheiten sah. Paracelsus (1493-1541) hingegen sah die Ursache der Pathologien in Vererbungsstörungen, wies aber darauf hin, alle Erkrankte zu behandeln. Während der Zeit der Aufklärung und der französischen Revolution wurden diverse Abhandlungen über psychiatrische und neurologische Störungen des Kindesalters verfasst, unter anderem von John Haslam (1798), Benjamin Rush (1812), J. Esquirol (1838), Wilhelm Griesinger (1845) und Henry Maudsley (1867) (Göllnitz 1963; Häßler und Häßler 2005). In den Folgejahren kristallisierte sich die Kinderneuropsihiatrie als eigenständiges Fachgebiet heraus. Der Beginn der Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland ist eng verknüpft mit der in anderen Staaten. Bereits im Jahr 1887 schrieb der Psychiater Hermann Emminghaus über "Psychische Störungen im Kindesalter" und leitete damit eine neue Sicht- und Lehrweise ein. Nur drei Jahre später, im Jahr 1890, wurde von Johannes Trüper ein Heim für Kinder mit Entwicklungsstörungen in Jena eröffnet. Trüper war wesentlich an der Arbeit zur Zeitschrift "Der Kinderfehler", welche ab 1898 erschien, beteiligt (Warnke und Lehmkuhl 2010). August Homburgers "Psychopathologie des Kindesalter" wurde zum Standardwerk dieser Zeit und 1923 kam die "Zeitschrift für Kinderforschung" erstmalig in Druck (Göllnitz 1963). Der Terminus "Kinderpsychiatrie" wurde 1899 von Marcel Manheimer- Gommès, einem Psychiater aus Frankreich, geprägt und von diesem Zeitpunkt an auch verwendet. In den kommenden Jahren erschienen weitere Abhandlungen und Lehrwerke über die Kinderpsychiatrie. Ab 1903 gab es dann in Berlin- dank Walter Fürstenheim- eine Anlaufstelle für hilfesuchende Eltern, die Erziehungsschwierigkeiten mit ihren Kindern hatten (Warnke und Lehmkuhl 2010). Aufgrund steigender Nachfrage und unter dem großen Engagement von Karl Bonhoeffer, dem Direktor der Psychiatrischen- und

Nervenklinik der Charité, wurde 1921 eine "Kinder-Kranken und Beobachtungsstation" unter Leitung von Franz Kramer eingerichtet. Die Stationsgröße beschränkte sich auf 12 Betten und ein Höchstalter von 14 Jahren. Zum Personal zählten der Stationsarzt sowie zwei Erzieherinnen und eine Heilpädagogin (Neumärker 1982). Auch in Tübingen wurde 1920 eine Kinderabteilung an der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten unter Werner Villinger mit 30 Betten eingerichtet. 1926 öffnete eine Abteilung in Leipzig, gefolgt von Hamburg, Frankfurt a.M. und Jena (Neumärker 1982). Generell war die Zeit des Ersten Weltkrieges aber eher eine Zeit des Entwicklungsstillstandes seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie, was sich mit der Einführung des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes 1924 ändern sollte. Dieses sah vor, jedem Kind ein Recht auf Erziehung teilwerden zu lassen. Ein großer Meilenstein in der Geschichte sollte die "Provinzialkinderanstalt für seelisch Abnorme als erste selbstständige kinder- und jugendpsychiatrische Klinik Deutschlands" gelten, die 1926 von Otto Löwenstein in Bonn eröffnet worden war (Warnke und Lehmkuhl 2010). 1932 wurde von Kramer und Pollnow auf das damals bezeichnete Kramer-Pollnow- bzw. hyperkinetisches Syndrom eingegangen, welches sich symptomatisch mit einer motorischen Unruhe und Mangel an Aufmerksamkeit bei zuvor unauffällig entwickelten Kindern manifestierte (Neumärker 1982).

Vom 24.7. bis 1.8.1937 erfolgte der Erste Internationale Kongress für Kinderpsychiatrie in Paris unter der Leitung Georges Heuyer mit insgesamt 350 Teilnehmern aus 49 Staaten, wobei 12 davon aus Deutschland kamen (Castell et al. 2003). Der Begriff der "Eugenik" spielte die dominierende Rolle bei diesem Kongress. Im Jahre 1937 entstand die "International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions" (IACAPAP) und bereits 1940 die "Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik" in Wien (Warnke und Lehmkuhl 2010). In der ersten Versammlung dieser Gesellschaft wurde auf die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von ärztlichen und pädagogischen Personal sowie der öffentlichen Verwaltung hingewiesen. Eine strikte Abgrenzung zwischen Kinder- und Erwachsenenpsychiatrie wurde proklamiert bzw. angestrebt. Kinder sollten als zukünftige Erwachsene nationalsozialistisch erzogen werden. Es wurde ebenfalls über die Regelungen und Gesetze zur Verhütung von Kindern mit Erbkrankheiten diskutiert. 1938 wurden mittels einer Umfrage unter kinderpsychiatrisch tätigen Ärzten in verschiedenen Ländern durch die "Zeitschrift für Kinderpsychiatrie" die Missstände in der Ausbildung zum Fachspezialisten für Kinderpsychiatrie deutlich: Man musste feststellen, dass kein Land eine spezifische Weiterbildung anbot. Ein weiteres Lehrbuch stellte "Die Neurosen des Kindesalters" von Franz Hamburger dar, welches

1939 veröffentlicht wurde. In diesem Werk wurde die Ansicht vertreten, dass das häufigste Krankheitsbild die Neurose sei (Castell et al. 2003).

Die Zeit des „Dritten Reiches“ und des 2. Weltkrieges war geprägt durch Vernichtung „unwerten Lebens“ im Rahmen der Kindereuthanasie, Hungersnöte in den Anstalten sowie eine menschenverachtende Ideologie, sodass von einer Weiterentwicklung in dieser Zeit nicht gesprochen werden kann (Warnke und Lehmkuhl 2010; DGKJP 2013). Mit dem Ersten Jugendpsychiatertreffen 1950 in Marburg schien die schreckliche Zeit überwunden. Die Führung übernahm Prof. Dr. W. Villinger. Die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit wurde besonders zum Ausdruck gebracht. Aus diesem Grund richtete man die "Gesellschaft für Jugendpsychiatrie, Heilpädagogik und Jugendpsychologie" ein. Stutte stellte ein Vorläufermodell eines Klassifikationsschemas vor, welches kinder- und jugendpsychiatrische Krankheiten beinhaltete. Die Zeit von der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik 1940 bis in die Nachkriegsära, insbesondere die nationalsozialistischen Verstrickungen einzelner Personen, wird aktuell in einem Geschichtsprojekt der DGKJP, der BAG und des BKJPP erforscht (DGKJP 2016). 1958 wurde ein Symposium der Union Europäischer Pädopsychiater einberufen, wobei eine gleichartige Weiterbildung zum Kinderpsychiater auf europäischer Ebene gefordert wurde. Annemarie Dührssen und Werner Schwidder veröffentlichten am 1.1.1952 die erste Ausgabe der "Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Zeitschrift für analytische Kinderpsychologie, Psychotherapie und Pädagogik in Praxis und Forschung" . Nachdem im Jahr 1954 der erste Lehrstuhl in Marburg eingerichtet worden ist, folgte bereits im Jahr 1958 der erste "Lehrstuhl für Kinderneuropsychiatrie der DDR" (Warnke und Lehmkuhl 2010, S.8) in Rostock, der durch Gerhard Göllnitz zunächst vertreten wurde, ehe er 1963 das Ordinariat erhielt (Kumbier und Häßler 2010). Nach Rostock erfolgte 1970 in Berlin die Errichtung des zweiten Lehrstuhls für Kinderneuropsychiatrie der DDR (Neumärker 1982).

In der DDR zählte auch die Neurologie zum Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. So gab es ab 1969 in der BRD bereits den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, während in der DDR zwar ab 1969 Kinderneuropsychiater ausgebildet wurden, aber erst 1974 die Subspezialisierung eingeführt wurde (Warnke und Lehmkuhl 2010). Die Ausbildung in der DDR war für Pädiater, Psychiater und Neurologen zugänglich und umfasste 3 Jahre, wovon 2 speziell in der Kinderneuropsychiatrie abgeleistet werden mussten. Außerdem wurde ab 1969 das Fach „Kinderneuropsychiatrie“ für alle Medizinstudiengänge pflichtmäßig eingeführt. Einzelne Abhandlungen zum Themengebiet der Kinderneuropsychiatrie wurden zwar seit Mitte der 50er Jahre von einigen Autoren verfasst, ein Gesamtwerk dazu fehlte allerdings bis 1970. Das Lehrbuch „Neurologie und Psychiatrie“ von Rudolf Lemke und Helmut Rennert (1.Auflage 1956) wurde später um ein Kapitel zum Thema Kinderneuropsychiatrie ergänzt und auch das seit 1977 veröffentlichte Lehrbuch "Neurologie und Psychiatrie" von Karl Seidel, Heinz Schulze und Gerhard Göllnitz umfasste einen Abschnitt zu dieser Thematik. 1970 erschien erstmalig das Handbuch „Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters“ von Gerhard Göllnitz. Als Weiterbildungsmöglichkeit bot die Akademie für Ärztliche Fortbildung ab 1960 Kurse für Kinderneuropsychiatrie an (Göllnitz 1976). In der DDR entstanden Abteilungen für Kinder- Neuro-Psychiatrie in Berlin, Dresden, Erfurt, Greifswald, Jena, Leipzig und Magdeburg (Göllnitz 1963).

Der Facharzt für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie existierte in der BRD ja ab 1969; der Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie entstand 1978. Die Arbeit der Kinder- und Jugendneuropsychiater wurde durch die Festlegung zur Basisdokumentation (BADO) 1995 sowie durch das Psychotherapeutengesetz 1997 und "Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder-, und Jugendalter" 2000 professionalisiert (Warnke und Lehmkuhl 2010). Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., der Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie bilden heute die Grundpfeiler der Strukturierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Warnke und Lehmkuhl 2010; DGKJP 2016).

### ***1.2.2 Die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock***

Der Grundstein für die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock wurde durch den Bau einer Klosteranlage im Jahr 1223 durch die Franziskaner gelegt. Diese Anlage diente nach der Reformation als Armenhaus und nach dem Stadtbrand 1677, dem der Großteil der Klosteranlage zum Opfer fiel, wurde das Chorgebäude unter anderem als Waisenhaus, Krankenstation und ab 1825 als Irrenanstalt genutzt (Herrlich 1871; Binswanger 1892; Serrius 1840). 1895 wurde der erste Lehrstuhl für Psychiatrie in Rostock eingerichtet. 1893-96 erfolgte dann der Bau der "Großherzoglichen Landesheil- und Pflegeanstalt Gehlsheim" (Schläfke et al. 2004).

Die Bestrebungen zur Eröffnung einer Station für Kinder mit psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen begannen um 1920. Bereits 1927 wurde unter dem Direktor Max Rosenfeld eine Station für Kinder mit schwerwiegenden Syndromen eröffnet (Schläfke et al. 2004). Das Ende des Zweiten Weltkrieges stellte den Beginn der stetigen Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. 1946 erfolgte die Umwandlung der Anstalt Gehlsheim zur Universitätsnervenklinik. In diesem Jahr begann Gerhard Göllnitz seine Tätigkeit in Rostock (Lau 2008). Es entstand eine Beobachtungsstation für 12 Kinder und Jugendliche in der nahegelegenen evangelischen Heil- und Pflegeanstalt Michaelshof. Weitere Betten wurden durch die damalige Infektionsabteilung zur Verfügung gestellt (Häßler 1996). Allerdings orientierte sich die Behandlung der Kinder meist an der Erwachsenenpsychiatrie und -neurologie und fand auf diesen Stationen statt. Göllnitz ermöglichte eine kinderneuropsychiatrische Station, die 1953 14 Betten und 1955 schon 20 Betten beherbergte (Kumbier und Häßler 2010).

Bereits 1951 hielt Göllnitz erste Vorlesungen über Themenbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie; 1952 habilitierte er. Der Lehrstuhl wurde 1954 von Prof. Franz Günther Ritter von Stockert übernommen, der allerdings aufgrund einer Verhaftung und Verurteilung sowie klinikinterner als auch politischer Unstimmigkeiten 1958 Rostock verließ (Lau 2008). Im Jahr 1957 sollte auf Beschluss des Staatssekretariats für Hochschulwesen in Berlin der Rostocker Lehrstuhl in einen Lehrstuhl der Psychiatrie, einen der Neurologie und einen der Kinderpsychiatrie differenziert werden. Göllnitz leitete fortan die Kinderpsychiatrie. Seit 1958 formierten sich entsprechende Lehrstühle der drei Fachgebiete. Göllnitz übernahm zunächst noch ohne ordentliches Ordinariat am 1.11.1958 den Lehrstuhl für Kinderpsychiatrie und damit den ersten Lehrstuhl für Kinderpsychiatrie in der DDR. Dieser umfasste auch eine eigene klinische Abteilung sowie eine eigenständige Ambulanz. 1959 war die Zahl der Betten auf 50

gestiegen, die auf 3 Stationen verteilt waren. 1960 wurde eine Schule in das Konzept eingefügt (Kumbier und Häßler 2010). Zur Versorgung der Patienten wurden neben Ärzten und Krankenpflegern auch eine Fürsorgerin, drei Krankengymnastinnen und eine Musiktherapeutin eingesetzt (Lau 2008). Zum Therapierepertoire zählten neben der Musiktherapie auch die Tanz- und Gestaltungstherapie, die von Beginn an einen hohen Stellenwert in der Behandlung der Patienten hatte (Göllnitz 1995). Zu dieser Zeit war es nur in Rostock möglich, mit 20 Vorlesungen und Praktika während des 4. und 5. Studienjahres Fachwissen über die Kinderneuropsychiatrie zu erhalten (Göllnitz 1976). Göllnitz' Antrag zur Umbenennung des Lehrstuhls in "Lehrstuhl für Kinder-Neuro-Psychiatrie" wurde am 1.9.63 bewilligt.

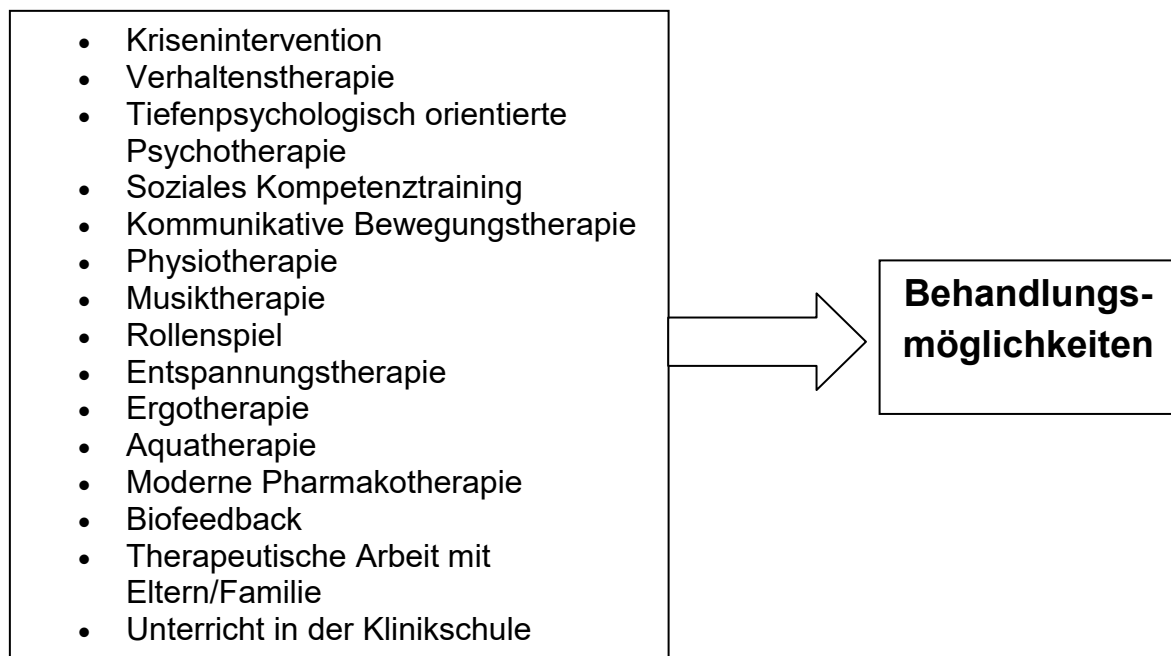
Der Psychologe Dr. Hans Dieter Rösler nahm seine Arbeit 1963 in Rostock auf und ermöglichte damit eine äußerst aussichtsreiche Kooperation zwischen Psychiatern und Psychologen. Er beteiligte sich am Aufbau des „Laboratoriums für Klinische und Entwicklungspsychologie“ und schuf 1975 den ersten Lehrstuhl für Psychologie in der DDR. Prof. Rainer Camman als wissenschaftlicher Mitarbeiter etablierte ein neurophysiologisches Labor, in dem besonderer Wert auf die Entwicklung von Möglichkeiten einer objektiven Beurteilung psychologisch- psychopathologischer Befunde gelegt wurde (Lau 2008). Im Jahr 1985 übernahm Frau Prof. Ursula Kleinpeter die Leitung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock. Ihr folgte 1990 Prof. Rainer Camman als kommissarischer Leiter, der bereits zwei Jahre später von Dr. Frank Häßler, ebenfalls kommissarisch, abgelöst wurde. Die Abteilung wurde durch Umstrukturierung 1995 zur Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie und Psychotherapie im Zentrum für Nervenheilkunde in Rostock Gehlsdorf. 1997 übernahm Prof. Jörg M. Fegert den Lehrstuhl, verließ Rostock im Jahr 2001 allerdings wieder, um in Ulm tätig zu werden, sodass Häßler wieder kommissarischer Leiter wurde und 2003- nach seiner Habilitation 8 Jahre zuvor - den Lehrstuhl übernahm (Lau 2008).



### *1.2.2.1 Derzeitige Struktur der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock*

In einem Gebiet mit etwa 400.000 Einwohnern werden, bis auf Ausnahme manifesten Drogen- und Alkoholproblematiken, alle kinder- und jugend-neuropsychiatrischen Störungs- und Krankheitsbilder behandelt. Das Einzugsgebiet überschreitet dabei oft die Landesgrenze Mecklenburg- Vorpommerns.

Neben Kinder- und Jugendpsychiatern, den Pflegekräften und Psychologen sind auch Kreativ- und Physiotherapeuten sowie Pädagogen und Sozialarbeiter für die Betreuung der Patienten angestellt. Die Klinik umfasst 35 Betten auf 4 Stationen (Universitätsmedizin Rostock) . Durch die umfassenden Renovierungsarbeiten ist es möglich, bis zu zehn Betten als geschlossene Abteilung zu nutzen (Lau 2008). Neben der stationären Betreuung kann in der Tagesklinik Bad Doberan seit 2012 auch eine teilstationäre Behandlung erfolgen. Dort befindet sich eine Institutsambulanz wie auch auf dem Klinikgelände sowie in der Doberaner Straße in Rostock (Universitätsmedizin Rostock 2015). Die umfassenden Behandlungsmöglichkeiten sind der Abbildung zu entnehmen.



**Abb. 1: Behandlungsmöglichkeiten der KJPP Rostock (Universitätsmedizin Rostock 2015)**

Die einzelnen Stationen sind auf bestimmte Krankheitsbilder und Altersgruppen spezialisiert. Station 1 ist psychiatrisch und psychotherapeutisch ausgerichtet und umfasst 10 Betten für Mädchen und Jungen zwischen 14 und 17 Jahren. Auch die Station 2 arbeitet psychiatrisch und psychotherapeutisch, besteht ebenfalls aus 10 Betten, jedoch für Patienten zwischen 7 und 13 Jahren. Die dritte Station ist neben der psychiatrischen und psychotherapeutischen Professionalisierung auch auf neurologische Krankheitsbilder ausgelegt. Es befinden sich 10 Betten für Jungen und Mädchen zwischen 2 und 17 Jahren auf der Station. Die vierte Station umfasst 5 Betten für Patienten im Alter zwischen 6 und 17 Jahren und ist vorrangig psychosomatisch orientiert.

Als erste Vermittlungsinstitution zur Behandlung dienen meist die drei Institutsambulanzen, in denen ambulant kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen und Störungen diagnostiziert und behandelt werden, aber auch die ambulante Weiterbetreuung nach stationärem Aufenthalt realisiert wird. Außerdem kann sie als Notfallambulanz in Anspruch genommen werden. Zuweisungen zu den Institutsambulanzen erfolgen meist durch Pädiater, ambulante Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hausärzte oder durch die Eltern selbst, gegebenenfalls auch durch Jugendämter, Schulen oder Behörden. Nach Abschluss der stationären Behandlung ist eine teilstationäre Behandlung möglich. Großer Stellenwert wird insbesondere auf die Kommunikation zwischen Klinik oder Institutsambulanz mit ambulanten Fachärzten, Schulen und Eltern gelegt, um den Genesungsprozess nicht zu behindern und eventuelle Rückfälle oder auftretende Störungen frühzeitig zu erkennen.

Durch die Zusammenarbeit mit der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Rostock ist es möglich, eine Therapie mit besonderem Augenmerk auf Interaktions- und Bindungsstörungen zu gewährleisten. Dabei ist sowohl eine alters- als auch facharztübergreifende Betreuung möglich.

Zum Behandlungsspektrum zählt außerdem die Heinrich-Hoffmann-Schule, in der Kinder und Jugendliche während des stationären Aufenthaltes, aber auch Kinder, die professionelle Unterstützung benötigen, weil sie zwar Auffassungsvermögen besitzen, aber als nicht schulfähig eingestuft werden, unterrichtet werden. Neben Deutsch, Mathematik und Fremdsprachen zählen Kunst und Gestalten, Sensomotorik, Visuelle Wahrnehmung, Konzentrationstraining, Denktraining, Förderung bei schwerer Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie), Förderung bei Rechenstörung, Entwicklung von Handlungsstrategien und Sprachtherapie zu den Spezialisierungen der Schule.

Die Lehre und Forschung zählt im Sinne der Universitätsmedizin ebenfalls zu den Aufgabengebieten der Kinder- und Jugendpsychiatrie. So werden im Rahmen der Hauptvorlesung Psychiatrie und Psychotherapie im 7. Semester der Humanmedizin auch kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen und Störungsbilder behandelt. Außerdem werden zahlreiche fakultative Veranstaltungen angeboten, um interessierten Studenten einen umfassenden Überblick über die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu geben. Praktika, Famulaturen oder Praktika im Rahmen des Praktischen Jahres können ebenfalls an der Klinik absolviert werden.

Zur Forschung zählt das neurophysiologische Forschungslabor unter der Leitung von Prof. Dr. med. habil. J. Buchmann, in dem auch polysomnografische Untersuchungen durch Dr. med. A. Dück durchgeführt werden. Außerdem existieren Forschungs- und Drittmittelprojekte. Die Leitung der Forschungsabteilung wurde 2003 von Dr. phil. Olaf Reis übernommen (Universitätsmedizin Rostock). Nach der umfangreichen Renovierung 2003-2006 ist eine Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern möglich, es finden sich optimale Therapieräume und die Möglichkeit zur Durchführung eines 24 h-EEG (Lau 2008).

#### *1.2.2.2 Gerhard Göllnitz- Auffassungen und Ansichten des ersten Leiters des Lehrstuhls für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie in Rostock*

Als Leiter des ersten Lehrstuhls für Kinder- und Jugendpsychiatrie der DDR und durch seine zahlreichen Beiträge zum Forschungsgebiet der frühkindlichen Hirnschädigung können seine Leistungen mit denen von Hermann Stutte in der Bundesrepublik verglichen werden (Castell et al. 2003). Aufgrund seiner Bedeutung für die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rostock werden im Folgenden seine Ansichten dargestellt. Göllnitz lehnte stets die Trennung von „Kinderpsychiatrie“ und „Neurologie“ ab. Folgende Gründe führte er dazu auf:

1. Aufgrund des Ärztemangels ist es nicht möglich, für das angestrebte Arzt-Patienten-Verhältnis sowohl einen Neurologen als auch einen Psychiater zur Verfügung zu haben.
2. Fachwissen beider Bereiche ist unumgänglich, um den Patienten optimal zu versorgen.
3. Es ist außerdem eine Frage der Organisation und Planung, die durch die Zusammenführung erleichtert erscheint.

4. Viele psychiatrische Erkrankungen resultieren aus neurologischen, sodass beides untersucht und bei der Diagnosefindung kombiniert werden sollte.

5. Die Neurologie des Erwachsenenalters ist keinesfalls die des Kindes (Göllnitz 1976).

Göllnitz sah die Altersspanne für die Kinderneuropsychiatrie zwischen 1 und 16 Jahren; die Zeit bis zum 18. Lebensjahr beschreibt er als Übergangsphase zur Erwachsenenpsychiatrie (Göllnitz 1963). Eine vordergründig diagnostisch arbeitende Station sollte aus 15 bis 20 Betten bestehen, während eine Therapiestation ein Arzt-Patienten-Verhältnis von 1:40 aufweisen konnte (Göllnitz 1963).

Zimmer mit Überwachungsmöglichkeiten und Möglichkeiten der Notfallbehandlung sollten ebenso wie 2-, 4- und 6- Bettzimmer mit wohnlicher, klinikfremder Ausstattung und Dekoration vorhanden sein. Weiterhin sollten Räume zur Beschäftigung, Turnräume und Spiel- und Sportplätze zur Verfügung stehen (Göllnitz 1963). Neben der Leitung durch einen Kinderneuropsychiater arbeiteten auf Station außerdem ein Diplom-Psychologe, Erzieherinnen, Kindergärtnerinnen und ein Sonderschullehrer, der die Fortführung des Schulunterrichtes in entsprechendem Maße realisierte. Außerdem zählten rhythmisch- gymnastische Mitarbeiter und Musikpädagogen zum Personal. Eine Fürsorgerin kooperierte mit öffentlichen Einrichtungen und den Eltern und war verantwortlich für die Organisation der Klinikentlassung und die regelmäßige Kontaktaufnahme nach dem Klinikaufenthalt (Göllnitz 1963). Die Aufgaben des Kinderneuropsychiaters umfassten die Erforschung der Entwicklung des kindlichen Nervensystems und der kindlichen Psyche, die Forschung der genetischen Störungen und Störungen der embryonalen und fetalen Entwicklungen sowie Störungen während der Geburt, die Überprüfung der Umweltbedingungen und sozialen Gegebenheiten, die Störungen der Sprache und des Sprechens und die Begutachtung straffällig gewordener Jugendlicher (Göllnitz 1963).

Um psychiatrische Erkrankungen und Störungen rechtzeitig zu erkennen, formulierte er 1977 in einem Vortrag über Kinderneuropsychiatrie und Jugendgesundheitsschutz folgende Grundsätze: Ist eine Schwangerschaft bestätigt worden, so sollte die Mutter auf mögliche Gesundheitsrisiken sowie in regelmäßigen Abständen untersucht werden. Somit wurde auch bei auffälligen Untersuchungsergebnissen eine schnelle und detailliertere Kontrolle in spezialisierten Zentren gewährleistet. Die Mutter hat einen Anspruch auf Mutterschaftsurlaub 6 Wochen vor und 20 Wochen nach der Geburt. Bei jedem weiteren Kind galten ab 1976 eine Weiterzahlung des Gehaltes bei Inanspruchnahme des Mutterschaftsurlaubes bis zum 1. Lebensjahr sowie eine Erhöhung des Kindergeldes je Geburt. Die Kinderkrippe kann jedes Kind vom 1. bis

zum 3. Lebensjahr besuchen, danach folgt die Betreuung im Kindergarten. Regelmäßige ärztliche Kontrollen in Kinderkrippe und Kindergarten sind in das System integriert. Die anschließende Schulzeit umfasst pflichtmäßig 10 Jahre. Geistig und körperlich retardierte Kinder müssen ab 1954 gemeldet werden. Ein Test zur Früherkennung von Entwicklungsstörungen, welcher im Alter zwischen 6 Monaten und 2 1/2 Jahren stattfindet, wurde seit 1975 durchgeführt. Eine Psychotherapie von Kindern mit Verhaltensstörungen ist dann erforderlich, wenn die Auffälligkeiten als Folge von inneren Konflikten und daraus folgenden psychogenen Reaktionen entstehen. Fehlerhafte Disziplin fällt in das Aufgabengebiet des Pädagogen. Die Jugendhilfe ist einzubeziehen, wenn die Konflikte aufgrund häuslicher Differenzen mit fehlendem Engagement der Eltern in Erscheinung treten, wobei ein Kinderneuropsychiater die notwendigen Untersuchungen vornehmen sollte. Durch diese Maßnahmen schien es möglich, Kindern und Jugendlichen eine optimale Entwicklung zu gewährleisten (Göllnitz 1977).

### **I.3 Entwicklung und Stand der Kinder- und Jugendhilfe in der DDR**

#### ***I.3.1 Geschichte der Kinder- und Jugendhilfe***

Der Zweite Weltkrieg hatte mit flächendeckenden Zerstörungen, Tod, Hunger und Vertreibungen auch bei den Kindern und Jugendlichen seine Spuren hinterlassen. In der Sowjetischen Besatzungszone gab es zunächst allerdings keine Bewegungen, diese seelischen Erschütterungen zu bearbeiten. Traumatisierte Kinder wurden eher als „erziehungsschwierig“ bezeichnet (Sachse 2010). Nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelten sich die ersten Züge der Jugendhilfe nach Vorbild der Strukturen zu Zeiten der Weimarer Republik (Mannschatz 1994). Das Jugendwohlfahrtsgesetz, welches 1922 beschlossen wurde, trat wieder in Kraft. Es legte die Jugendwohlfahrt in die Hände ehrenamtlicher Organisationen, Parteien, der Volkssolidarität und Bürgervertreter. Auch Kirchen waren dafür bestimmt, jedoch eher weniger in der Sowjetischen Besatzungszone (Sachse 2010). Besonders hervorzuheben sind die Gründung der FDJ, der Kinderorganisation „Junge Pioniere“ 1946 und die Einrichtung von Jugendämtern, welche für die Unterstützung, den Schutz und die Begleitung von Kindern und Jugendlichen vorgesehen waren (Mannschatz 1994). Ein zentrales

Jugendamt wurde in der Zentralverwaltung für Volksbildung eingerichtet und aus dem Sozialwesen ausgegliedert (Krausz 2010). Außerdem gab es eine Unterteilung in ein Zentraljugendamt, Jugendämter auf Landesebene und jene in Kreisen und kreisfreien Städten. Dieser Aufbau glich dem im Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (Zimmermann 2004). Mit Einführung des Fürsorgegesetzes 1947 entfielen dann die freien Träger als Verantwortliche der Jugendwohlfahrt (Sachse 2010). Die Jugendpflege wurde in den Arbeitsbereich der Jugendämter integriert, sodass auch die Ferienbegleitung zum Tätigkeitsfeld der Jugendämter zählte. Durch abwechslungsreiche und ansprechende Unternehmungen sollten Kinder und Jugendliche Sympathie für das politische System entwickeln (Sachse 2010). Junge Menschen sollten von Beginn an zum Sozialismus stehen und dementsprechend agieren. Sogenannte „Jugendobjekte“, beispielweise der Bau des Rostocker Überseehafens, stellten Projekte im Sinne des Sozialismus dar (Krausz 2010). Kommunen und Kirchen finanzierten erste Heime, jedoch hatten diese vorerst einen geringen Stellenwert. Dabei wurden ehemalige Heime der Weimarer Republik mit neuem System wieder genutzt oder neue Heime nach Bewilligung durch den örtlichen Kommandanten der Sowjetischen Besatzungszone erbaut (Sachse 2010). Das geringe Ansehen der Heime änderte sich mit Schaffung des Familiengesetzes und des Jugendhilfegesetzes und nach Einführung des Arbeitsbereiches Jugendhilfe und Heimerziehung 1950. Die Jugendämter wurden zu dieser Zeit abgeschafft und durch Ämter für Jugendfragen ersetzt, da die Jugend selbst ihre politischen Entscheidungen treffen sollte. Aus diesem Grund wurde auch der FDJ eine größere Bedeutung zugeschrieben. Die Jugendhilfe wurde der Volksbildung zugeteilt und grundlegend auf die Aufgaben Jugendfürsorge und Jugendschutz limitiert (Mannschatz 1994). Die Verordnung über die Heimerziehung von 1951 unterteilte die Heime in Normal-, Spezial-, Durchgangs- oder Erholungsheime. Das Jugendgerichtsgesetz 1952 legte eine Teilnahme von Organen der Jugendhilfe an Strafverfahren fest. Einweisungen in Jugendwerkhöfe wurden bestimmt, wenn anderweitige Disziplinierungsmaßnahmen nicht wirkten, Freiheitsstrafen wurden in Jugendhäusern abgesessen. Die eher schlechte Lage der Jugendhilfe aus finanzieller Sicht sollte durch die „Verordnung über die Mitarbeit der Bevölkerung auf dem Gebiet der Jugendhilfe“ 1953 gemildert werden, indem Ehrenamtliche aus den Gemeinden in Bereichen der Jugendhilfe tätig werden sollten (Zimmermann 2004). Diverse Aufgabenbereiche des Gesundheitswesens, speziell die Stelle „Mutter und Kind“ wurden 1953 von der Jugendhilfe übernommen. So zählten nun die Amtsvormundschaft, Angelegenheiten bei Adoptionen oder im Bereich Pflegekinder ebenfalls zum Aufgabengebiet der Jugendhilfe (Mannschatz 1994). In der I. Konferenz für Jugendhilfe 1954 wurde die geringe Bedeutung der Jugendhilfe damit begründet,

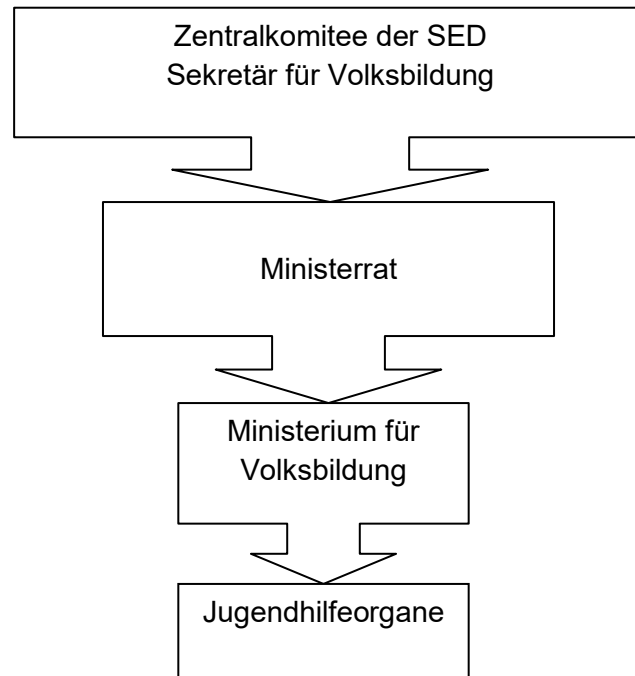
dass in einem sozialistischen Staat nicht nachlässig mit der Jugend umgegangen wird und es deshalb auch keine unterversorgten oder schlecht betreuten Kinder und Jugendliche gäbe (Sachse 2010). Im Jahr 1955 trat die Jugendschutzverordnung in Kraft, in der die Gesellschaft in ihrer Gesamtheit zum Schutz der Jugend aufgerufen wurde (Mannschatz 1994). 1959 wurde an einer Jugendhilfeverordnung gearbeitet, die den Staat als Erziehungsorgan vorsah; die Fertigstellung scheiterte allerdings.

Von den fest eingestellten Mitarbeitern der Jugendhilfe besaßen im Jahr 1959 nur 40% eine umfangreiche pädagogische Ausbildung. Das Verhältnis von freiwilligen und fest angestellten Mitarbeitern betrug 1958 9:1 (Zimmermann 2004). Ein Institut für Jugendhilfe wurde ab 1960 geplant, in dem die Aus- und Weiterbildung von Beschäftigten im Bereich Jugendhilfe vorgenommen werden sollte. So wurde der Beruf des Jugendfürsorgers mit einer dreijährigen Ausbildung eingeführt (Sachse 2010). Im „Gesetz über die Teilnahme der Jugend der Deutschen Demokratischen Republik am Kampf um den umfassenden Aufbau des Sozialismus und die allseitige Förderung ihrer Initiative bei der Leitung der Volkswirtschaft und des Staates, in Beruf und Schule, bei Kultur und Sport“ von 1964 sollten die gemeinsamen Interessen von Staat und Jugend zum Ausdruck gebracht werden (Krausz 2010). Ab 1965 wurde die Jugendhilfe auch deutlich besser unterstützt. Es dauerte 8 Jahre, bis eine Verordnung über die Jugendhilfe 1965/66 öffentlich gemacht wurde (Sachse 2010). Im 1965 in Kraft getretenen Bildungsgesetz wurde gefordert, junge Menschen zu „sozialistischen Persönlichkeiten“ (Der Vorsitzende des Staatsrates der Deutschen Demokratischen Republik W. Ulbricht 25.02.1965) zu erziehen. Dieses Erziehungsziel sollte durch das gesamte Volk erreicht werden (Krausz 2010). In diesem Gesetz wurden auch grundlegende Bedingungen der Jugendhilfe niedergeschrieben (Sachse 2010). 1966 trat das Familiengesetz in Kraft, sodass das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz enorm an Bedeutung verlor. Das 1968 wirksam gewordene Strafgesetzbuch beinhaltete wichtige Passagen bezüglich der Jugendhilfe, beispielsweise die Paragraphen §65-79, §142 und §145 (Der Vorsitzende des Staatsrates der Deutschen Demokratischen Republik W. Ulbricht 12.01.1968). Da das Strafgesetzbuch einen eigenen Abschnitt zum Jugendstrafrecht beinhaltete, war das Jugendgerichtsgesetz von 1952 überflüssig geworden (Zimmermann 2004). Die Jugendhilfeverordnung wurde nochmals verändert und beinhaltete die Aufgabenverteilung der einzelnen Bereiche der Jugendhilfe (Sachse 2010). Zusammen mit dem Familiengesetzbuch wurde auch die Jugendhilfeverordnung 1965 veröffentlicht (AGJ 2012; BGW 2012). 1969 wurden die Strukturen und Ziele der Heimarbeit festgelegt und die Ausbildung der Erzieher gefördert (Krausz 2010). In den Jahren 1976 bis 1989 rückte die Finanzierung der Jugendhilfe in den Schatten der erforderlichen Wohnungsneubauten. Zwar wurde die

Ausbildung der Heimerzieher unterstützt, stattdessen aber an anderer Stelle gespart. Unmittelbar vor und nach der Wiedervereinigung 1989/90 wurden die Stimmen nach einer Änderung des Bildungswesens lauter, die Erzieher mussten sich rasch an die neuen Gegebenheiten anpassen und ihre Erziehungsstile- und -ziele ändern. Um möglichen Konsequenzen aus dem Weg zu gehen wurden Jugendwerkhöfe geschlossen und die Unterlagen vernichtet (Sachse 2010). Das Kinder- und Jugendhilfegesetz von 1990 symbolisiert das Ende der Jugendhilfe der DDR (Krausz 2010).

### ***1.3.2 Leitung und Struktur der Jugendhilfe***

Die Organe der Jugendhilfe unterstanden dem Ministerium für Volksbildung, welches wiederum vom Ministerrat geleitet wurde. Darüber stand das Zentralkomitee der SED, in welchem es einen Sekretär für Volksbildung gab, der die Entscheidungen traf. Erich Honecker, Egon Krenz und Paul Verner zählten zu den Sekretären für Jugendfragen. Eberhard Mannschatz war lange Zeit als Minister für Volksbildung tätig (Sachse 2010). Ab 1963 wurde Margot Honecker zur Ministerin für Volksbildung.



**Abb. 2: Struktur der Jugendhilfe**

Die Aufgaben des Ministeriums waren die Kontrolle der Aus- und Weiterbildung von Mitarbeitern, der Beobachtungsheime und des geschlossenen Jugendwerkhofs Torgau. Außerdem zählte die Leitung von Sonderheimen zu dem Aufgabenfeld des Ministeriums. Die nächst kleinere Instanz waren die Bezirke, welche ab 1964 die



Durchgangsheime und ab 1965 die Spezialkinderheime und Jugendwerkhöfe betreuten. Normalheime wurden von den Kreisen und größeren Kommunen beaufsichtigt. Die Betreuung an Ort und Stelle wurde differenziert in Vormundschaftswesen, Rechtsschutz und Tätigkeit der Mitarbeiter, welches durch Jugendfürsorger realisiert wurde (AGJ 2012). Dabei wurde vorausgesetzt, dass Freiwillige in Orten ab 1000 Einwohnern Jugendkommissionen bildeten (Sachse 2010).

### ***1.3.3 Aufgaben der Jugendhilfe***

Die „Verordnung über die Aufgaben und Arbeitsweisen der Organe der Jugendhilfe“ (Ministerium für Volksbildung 22.04.1965) von 1965 legten den Tätigkeitsbereich der Jugendhilfe fest.

Zu den Aufgaben zählten Erziehungshilfe, Vormundschaftswesen und Rechtsschutz. Damit übernahm die Jugendhilfe die Verantwortung für alle Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr (Krausz 2010). Die Erziehungshilfe beinhaltete, Familien in Erziehungsfragen oder bei Problemen zu helfen. Dies beinhaltete aber nicht, Eltern den Kontakt zu den Kindern zu entziehen oder zu trennen, sondern war eher darauf ausgelegt, Kinder möglichst lange in den Familien zu belassen. Andererseits war eine Intervention dringend nötig bei Missbrauch durch die Eltern, Missachtung des Erziehungsrechts oder Stagnation oder Verschlechterung des kindlichen Verhaltens. Meist war der Grund für erforderliche Maßnahmen durch die Jugendhilfe fehlerhafte oder mangelnde Erziehung der Eltern. Eingreifende Maßnahmen wurden durch die Jugendhilfekommission oder den Jugendhilfeausschuss organisiert. Die Erziehungsaufsicht vollzog ein ehrenamtlicher Mitarbeiter der Jugendhilfe. Bei vollkommener Ausweglosigkeit aus der Situation konnten ebenso Einweisungen in ein Heim oder die Aufnahme des Kindes oder Jugendlichen in Pflegefamilien unternommen werden. So konnte schließlich Eltern der Status als Erziehungsberechtigte aberkannt werden, was jedoch nur bei schwerem Verstoß gegen ihre Pflichten als Eltern, Flucht oder Fluchtversuch aus der DDR nötig war (Zimmermann 2004). Über eine Heimeinweisung entschieden das Referat Jugendhilfe und Heimerziehung, die Jugendhilfekommission, der Jugendhilfeausschuss und der Vormundschaftsrat gleichermaßen. Eine Unterbringung in Pflegefamilien wurde der Heimeinweisung vorgezogen, da dieses Kosten sparte und dem Wohl des Kindes mehr entsprach (Post 1997). Um 1963 entwickelte sich eine höchst ungewöhnliche Neigung einiger Eltern, ihre Kinder bei kleinsten Problemen in Schwererziehbarenheimen beruhend auf einer freiwilligen Einweisung- unterzubringen (Sachse 2010). Zur

Erziehungshilfe wurde auch die Jugendgerichtshilfe gezählt, welche Gerichtsverfahren jugendlicher Straftäter im Alter von 14-18 Jahren zu betreuen hatte (Zimmermann 2004). Die Jugendhilfe wurde bei bestimmten Strafen verantwortlich, beispielsweise bei der Anordnung besonderer Pflichten oder bei Aufenthaltsbeschränkungen. Nach der Haft oder nach Ende eines Heimaufenthaltes sorgte die Jugendhilfe für eine optimale Integration des Kindes oder Jugendlichen in den Alltag. Insbesondere auf Kreisebene wurde der Hauptteil der Verwaltung ausgeführt. Zum Aufgabenbereich gehörten die Umsetzung der Erziehung im Heim oder die Organisation von Adoptionen. Im Fokus standen vor allem Waisenkinder oder Kinder von Eltern, denen aufgrund des massiven Verstoßes gegen das Erziehungsrecht jenes aberkannt worden ist. Der Rechtsschutz wurde vor allem für uneheliche Kinder bedeutsam, deren Väter zur Zahlung von Unterhalt verpflichtet waren. Dazu zählte auch die Organisation der Anerkennung der Vaterschaft. Grundlage bot hierbei §1 Abs. 4 und §2 Abs. 3 der Jugendhilfeverordnung. Den jeweiligen Müttern bot der Rechtsschutz Beraterfunktion an (Zimmermann 2004). Insgesamt wurde der Schutz der Kinder und Jugendlichen und die Sicherstellung der optimalen Entwicklung als eine Pflicht jeden Bürgers angesehen (Bauer und Bösenberg 1979).

#### ***1.3.4 Das Heimsystem der DDR***

Die Erziehung in Heimen der Jugendhilfe war für Jugendliche und Kinder vom 3. bis zum 18. Lebensjahr möglich, bei den Älteren, wenn Schulfähigkeit bestand. Andernfalls, also bei keiner bestehenden Schulfähigkeit der Kinder oder einem Alter unter drei Jahren, lebten die Kinder und Jugendlichen in Heimen des Gesundheitswesens. Bei bestehender Körperbehinderung waren Volksbildung und Gesundheitswesen für die Organisation der Erziehung verantwortlich. Im Bereich der Jugendhilfe wurden die Heime nach Alter, Aufenthaltsdauer, Bildungsstand und der Erziehbarkeit der Kinder und Jugendliche differenziert (Sachse 2010). Prinzipiell waren die Heime unterteilt in Normalheime, Durchgangsheime und Spezialheime, letztere in Aufnahme- und Beobachtungsheime, Jugendwerkhöfe und Spezialkinderheime (AGJ 2012). Die Abbildung soll die Differenzierung illustrieren.

<b>Spezialheime</b> (Schwererziehbarkeit)	<b>Normalheime</b> (keine Schwererziehbarkeit)	<b>Durchgangsheime</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufnahme- und Beobachtungsheime</li> <li>- Spezialkinderheime (3-14 Jahre) <ul style="list-style-type: none"> <li>o mit POS</li> <li>o mit Hilfsschule</li> </ul> </li> <li>- Offene Jugendwerkhöfe <ul style="list-style-type: none"> <li>o Kurzzeit</li> <li>o Langzeit</li> </ul> </li> <li>- geschlossener Jugendwerkhof Torgau</li> <li>- Sonderheime</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normalkinderheime <ul style="list-style-type: none"> <li>o mit POS/Hilfsschule</li> </ul> </li> <li>- Jugendwohnheime <ul style="list-style-type: none"> <li>o mit POS/Hilfsschule</li> </ul> </li> </ul>	

**Abb. 3: Das Heimsystem der DDR (Laudien und Sachse 2012)**

Ab 1951 bestimmte das Ministerium für Volksbildung den Tagesablauf, das Personal und das Bildungsangebot aller Heime (Sachse 2010). Seit 1952 bestand ein Heimsystem, allerdings wurde die Organisation der Normalheime zum Problem, da in diesen neben Kindern mit schweren Milieuschädigungen auch solche ohne Milieuschädigungen lebten. So wurden sogenannte „Vormundschaftsheime“ eingeführt, die diese Misere beseitigen sollten (Mannschatz 1994). Im Jahr 1953 wurde ein Handbuch der Jugendhilfe eingeführt, in dem beschlossen wurde, dass eine Zentralstelle die adäquaten Heime für das Kind aussuchen sollte. In einer Anordnung über die Heimerziehung im Jahre 1958 wurde schließlich beschlossen, dass die Räte der Bezirke Kinder und Jugendliche in Normalheime zuweisen können. Eine neue Organisation der Heime erfolgte ab 1964. Außerdem wurden Sonderheime eingeführt, in denen Kinder und Jugendliche mit massiven Verhaltensstörungen ihren Platz fanden (Sachse 2010). Eine generelle Tages- und Wochenordnung sowie Jahrespläne innerhalb der Gruppen wurden ab der Heimordnung 1969 zur Pflicht. Zuvor gab es lediglich Jahrespläne der Heime und ein vom Erzieher geführtes Tagebuch (Mannschatz 1994). Diese Ordnung bestand bis 1989 (Sachse 2010). Bezüglich körperlich, geistig oder seelisch behinderter Kinder und Jugendliche bestand seit 1961 das Sozialhilfegesetz, welches eine Eingliederungshilfe forderte, welche sich von der Jugendhilfe zu distanzieren hatte. Seit 1993 ist die Eingliederungshilfe auch Aufgabenfeld der Jugendhilfe (Post 1997).

Tendenziell sah die Lage der Heime eher schlecht aus. Neben Platzmangel fehlte es auch an Mitarbeitern, Geld und Sanierungsmaßnahmen an Gebäuden. Die 1954 insgesamt 45.000 Heimplätze verkleinerten sich bis 1958 auf 30.000. Zwischen 1975 und 1983 standen zwar mehr Plätze zur Verfügung, wobei die Einwohnerzahlen generell zurückgingen, doch der Stand von 1960 wurde nicht wieder erreicht. Die Mitarbeiter der Heime bekamen wenig Lohn und besaßen meist keine pädagogische Ausbildung. Es wurden Mitarbeiter der NVA oder Polizei nach 25jährigem Dienst für die Jugendhilfe eingestellt und mittels Kurzlehrgang oder Fernstudium auf die Arbeit in Heimeinrichtungen vorbereitet. Strafersetzte Lehrer zählten ebenfalls zu potentiellen Mitarbeitern der Heime.

Der Ablauf der Heimeinweisung gestaltete sich so, dass zuvor Jugendfürsorger mit den Familien zusammen arbeiteten, um eine mögliche Einweisung zu vermeiden. Waren die Voraussetzungen allerdings so schlecht oder nicht veränderbar, entschieden die Organe der Jugendhilfe oder Jugendgerichte mit einem Urteil. Dabei überwiesen letztere bis 1968 meist zu einem Schwererziehbarenheim. Seit Einführung des neuen Strafgesetzbuches wurde der Jugendhilfe diese Aufgabe zuteil. Grundlegend sollten die Mitarbeiter der Jugendhilfe vor Gericht aussagen, andererseits aber auch die Kinder und Jugendlichen schützen. Diese kontroverse Lage änderte sich ab 1975, indem die Aussagepflicht an das Gericht limitiert wurde (Sachse 2010).

Der Begriff Kollektiverziehung von Makarenko prägte den Alltag und den Erziehungsstil der Heime zu Beginn der 1950er Jahre (Mannschatz 1994). Dieses Kollektiv hatte ein gemeinsames Ziel, welches zusammen erreicht werden sollte und nicht änderbar oder hinterfragbar erschien. Die Mitglieder des Kollektivs waren voneinander abhängig, einige hatten gewisse Ermächtigungen gegenüber anderen, gleichzeitig aber auch mehr Verantwortung. Ein Grundkollektiv bildete die kleinste Gruppe des Kollektivs von sieben bis fünfzehn Personen. Ein Kommandeur hatte die Aufsicht über mehrere Grundkollektive und konnte einer Person des Grundkollektivs gewisse Vollmachten erteilen. Der Kommandeur wiederum war Mitglied im Rat der Kommandeure. Weiterhin gab es ein Leitungsgremium (Zimmermann 2004). Im Mittelpunkt des Kollektivs stand der Leiter, der an das Kollektiv Ansprüche stellte. Das Kollektiv formierte sich in konzentrischen Kreisen um den Leiter, sodass auch eine Erziehung untereinander durch die entstehende Rangfolge resultierte. Durch das gemeinsame Ziel und die Erziehung untereinander entwickelte das Kollektiv eine Stabilität, sodass der Leiter beratende Funktion einnahm, da das Kollektiv begann, hohe Ansprüche an sich selbst zu stellen und die Aufforderungen des Leiters nicht mehr nötig waren. Ein neuer Heimbewohner wurde durch einen älteren erzogen und betreut (Sachse 2010).

Innerhalb eines Kollektivs gab es drei Gruppen: die Aktiven (oder „der Kern“), der die Verantwortung übernahm und damit dem Erzieher half, die „Reserve“, welche potentielle Aktive werden sollten und „der Rest“ (oder „Sumpf“), bei denen die Ausübung einer Führungsrolle nicht vorhersehbar war (AGJ 2012). Eine leichte Abwandlung zu sozialpädagogischen Konzepten entstand Mitte der 1950er, wobei Kindern Zuwendung und Geborgenheit sowie Freiheiten zur eigenständigen Persönlichkeitsentwicklung geboten wurden. Man ging davon aus, dass das unangemessene Verhalten nicht seit Geburt bestand und deshalb auch änderbar sei. Ursachen hierfür wurden in dem sozialen Umfeld des Kindes und dem Entwicklungsverlauf gesehen. Das innere Erleben des Kindes musste geändert werden, um ein angemessenes Verhalten zu schaffen. Dabei ist jede Person individuell zu betrachten (Mannschatz 1994). So ging man davon aus, dass Denken und Handeln fast reflexartig zusammenhängen würden. Aus diesen Theorien resultierte die Ansicht, dass man mit Einführung einer bestimmten Struktur, also einem Zwang zu einer Handlung, diese Handlungen verinnerlichen würde und das Denken dahingehend auch verändern könnte.

So gab es die zwei Möglichkeiten innerhalb der Heimerziehung- vom Denken zum Handeln oder vom Handeln zum Denken - Verhaltensänderungen zu erzielen. Allerdings wurde die Tatsache übersehen, dass erzwungene Maßnahmen zu Lernhemmungen führen könnten. Hoher psychischer Druck wirkte dem entgegen, sodass innerhalb dieses pädagogischen Konzeptes Erfolge zu verzeichnen waren (Sachse 2010). Die Disziplin war oberstes Erziehungsziel. Man unterschied zwischen passiver und bewusster Disziplin, wobei erstere durch äußeren Druck bis zur Einstellung eines Ritualcharakters angeeignet wurde. Die bewusste Disziplin war dadurch gekennzeichnet, dass die innere Haltung diese Rituale forderte. Schwererziehbaren wurde zunächst die passive Disziplin antrainiert, meist durch täglich wiederkehrende Handlungen (Sachse 2013). Ein weiteres Erziehungsziel war die Erziehung zur Arbeit. Dieses sollte durch die Ausübung von Arbeit erreicht werden (AGJ 2012). Entsprechend der Kollektiverziehung wurde Arbeit zu Beginn gefordert und dazu verpflichtet, sollte sich im Verlauf aber innerhalb des Kollektivs zu einer gemeinsamen Aufgabe entwickeln, die von den Kindern und Jugendlichen gern durchgeführt und als Norm angesehen wurde. Aufgrund des Fachkräftemangels wurde Arbeit aber auch als tägliche Beschäftigung für die Kinder angesehen. Je nach Alter gab es unterschiedliche Aufgaben zu erfüllen. Außerdem gab es Strafkataloge in den Heimen, da die Auferlegung von Strafen als verhaltensändernde Maßnahme angesehen wurde. Um Strafen zu vermeiden, versuchten Kinder und Jugendliche, ihr Verhalten entsprechend anzupassen. Die Strafen besaßen unterschiedlichen

Charakter. So wurden Strafarbeiten oder rufschädigende Strafen auferlegt, persönliche Gegenstände entzogen oder Hausarrest erteilt. Untersagt waren Schläge, andere körperliche Gewalt oder Strafen, die die Ehre einer Person verletzten. Allerdings wurden teilweise Strafen auf die gesamte Gruppe übertragen, was sich negativ auf die Gruppenkonstellation auswirkte. Mit Freiheitsentzug konnten Kinder ab dem 12. Lebensjahr bestraft werden. Insgesamt waren 12 Stunden möglich, ab dem 14. Lebensjahr nach Begutachtung durch einen Arzt auch 3 Tage.

Im Jahr 1958 wurden 5600 Anträge auf Einweisung in ein Heim gestellt. Der Großteil der 1959 gestellten Anträge konnte nicht realisiert werden. Gründe für die Heimeinweisung 1959 waren meist allgemeine Erziehungsprobleme, Brandstiftung, Ignorieren des Passgesetzes und in 25% Vergehen an fremden Eigentum. Ähnliche Verteilung bot das Jahr 1960. 11.000 Anträge auf einen Heimplatz und 1300 in Spezialkinderheime wurden im Jahr 1986 gestellt (Sachse 2010).

Die Durchgangsheime stellten eine eher wenig geförderte Einrichtung dar. Sie waren für Kinder und Jugendliche vorgesehen, die kurzzeitig zu Schutzzwecken aufgenommen worden, weil sie zu ihrem häuslichen Umfeld Abstand brauchten oder in der Öffentlichkeit auffällig waren (Hille und Jaide 1990). Kinder und Jugendliche vom 4. bis 18. Lebensjahr wurden in diese Heime aufgenommen. Einweisungen in Durchgangsheime wurden seitens der Gerichte beantragt, wenn keine Straftat nach Strafgesetzbuch vorlag, sondern lediglich pädagogische Betreuung nötig war. Aber auch während der Ermittlungen im Hinblick auf eine begangene Straftat konnten die Gerichte Jugendliche in Durchgangsheimen unterbringen. Auch in Rostock war ein Durchgangsheim mit 8 Plätzen zu finden (Sachse 2010). Dieses war sehr klein, von Personalmangel betroffen und eher schlecht organisiert. Der Tagesablauf ähnelte dem eines Gefängnisses, Arbeitseinsätze -wie im Heimaltag üblich- gab es nicht. Ab 1985 erfolgten Einweisungen in Durchgangsheime erst ab 10 Jahren (Sachse 2010). Jene Kinder und Jugendliche, die in Jugendwerkhöfen, Spezial- oder Normalkinderheimen unterkommen sollten, wurden nicht mehr in Durchgangsheimen untergebracht (AGJ 2012).

Nach begangenen Straftaten und bei Jugendlichen mit Schwererziehbarkeit standen Jugendwerkhöfe für Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren zur Verfügung (Nachtigall 2012). Dabei galten Jugendwerkhöfe nicht als Justizvollzugsanstalten, sondern wurden als Spezialheime bezeichnet (Knobloch 2015). Die Jugendhilfe, Eltern oder Lehrer waren meist diejenigen Instanzen, die eine Einweisung veranlassten. Meist wurden die Ursachen für das Fehlverhalten außerhalb der Organisation des Staates gesucht (Krausz 2010).

Die Jugendwerkhöfe stellten relativ günstige Arbeiter für Landwirtschaft und Handwerk zur Verfügung. Die Erziehungsziele waren sozial orientiert- durch Unterstützung untereinander oder Aufteilung der Arbeit kam man schneller zum Erfolg. Jugendwerkhöfe waren meist straffälligen Jugendlichen vorbehalten, jedoch wurden in den 1950ern gleichzeitig Jugendliche mit Erziehungsschwierigkeiten eingewiesen (Sachse 2010). Ab 1952 existierte die Unterteilung von Jugendwerkhöfen von Typ A und Typ B. In einen Typ A Jugendwerkhof kamen Jugendliche, die einen Wissensstand zwischen 6. und 8. Klasse besaßen; Typ B war für diejenigen vorgesehen, die sich unterhalb dieses Wissenstandes befanden (Ministerium für Volksbildung 31.07.1952). So wurden Typ A- Insassen eine bis drei Berufsausbildungen vorgeschlagen, während Typ B- Insassen keine Berufsausbildung ermöglicht bekamen. Insgesamt gab es 28 Jugendwerkhöfe vom Typ A und B im Jahr 1953; 20 davon wurden dem Typ A zugeteilt. Die Platzzahl gesamt umfasste 3063, davon 2461 im Typ A und 532 im Typ B. Auf dem jetzigen Boden des Landes Mecklenburg- Vorpommern konnten 1953 sechs Jugendwerkhöfe mit 664 Bewohnern verzeichnet werden (Sachse 2010).

Bis 1955 wurden die Jugendwerkhöfe vom Ministerium für Arbeit und Berufsausbildung verwaltet. Eine neue Ordnung hinsichtlich Arbeit und Ausbildung an Jugendwerkhöfen wurde 1956 veröffentlicht. Damit war die Ausbildungsmöglichkeit nicht mehr gegeben und die Typ-B Jugendwerkhöfe in Typ A integriert. Mit einer abgewandelten Form des Typs B entstand nun ein weiterer Typ Jugendwerkhof mit der Abkürzung C. Insgesamt waren 1957 31 Jugendwerkhöfe in der DDR errichtet worden. Die Zentralstelle für Amt- und Rechtshilfeverkehr für Minderjährige mit dem Ausland und für Heimeinweisungen teilte die Jugendlichen einem passenden Jugendwerkhof zu. Ob ein Jugendlicher bereit war, den Jugendwerkhof zu verlassen, oblag der Einschätzung des Jugendwerkhofleiters mit anschließender Zustimmung der Abteilung für Volksbildung. Seit der Schulreform 1958 arbeiteten Jugendliche aus Jugendwerkhöfen in der Industrie. Außerdem wurden die Jugendlichen zu drei verschiedenen Institutionen zugeteilt (Sachse 2010).

Der geschlossene Jugendwerkhof Torgau war für diejenigen vorgesehen, die mehrmals aus Jugendwerkhöfen flohen, potentielle Republikflüchtige darstellten oder solche, die der Arbeit oftmals fernblieben. Weiterhin gab es Jugendwerkhöfe mit Werkstätten, zu denen schwer erziehbare oder straffällige Jugendliche zugewiesen worden und analoge Außenstellen, zu denen Jugendliche sowohl aus wohlhabenden Familien als auch Jugendliche aus schlechten Milieuverhältnissen kamen (Sachse 2010). 1965 erfolgte die Unterteilung von Typ I und II des Jugendwerkhofes. Typ I sah einen zeitlichen Rahmen von drei bis neun Monaten vor mit dem Ziel, die Jugendlichen

wieder in das normale Familienleben zu integrieren. Beim Typ II sollte eine Berufsausbildung begonnen und dabei eine bestimmte Stufe erreicht werden, sodass dafür kein zeitlicher Rahmen vorgesehen war. Der geschlossene Jugendwerkhof Torgau wurde als Typ III bezeichnet (Gatzemann 2008). In den Jugendwerkhöfen arbeiteten Personen, die zu anderen Berufen nicht zugewiesen werden konnten, wie Lehrer mit Strafversetzung oder ehemalige Nationalsozialisten. Ausgang wurde meist im Gruppenverbund durchgeführt; an zwei Tagen pro Woche durften die Insassen allein das Gelände des Jugendwerkhofes verlassen. Der Erzieher validierte die Notwendigkeit einer Arztkonsultation. Pro Jahr wurden 5 Termine festgelegt, an denen Besuch empfangen werden durfte, ansonsten mussten die Insassen alle zwei Wochen einen Brief an ihre Angehörigen schreiben. Die Insassen konnten pro Monat zwei Tage frei nehmen. Zu den Strafen zählten je nach Schweregrad Rügen und Abmahnungen oder Arrest und Einschränkungen im Freizeitbereich, die Ausbildungserweiterung um drei Monate oder gar die Überweisung zum geschlossenen Jugendwerkhof. Die Gliederung des Heimsystems blieb bis zur Wiedervereinigung bestehen (Sachse 2010).

#### **I.4 Entwicklung und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im vereinigten Deutschland**

Nach der Wiedervereinigung wurde am 1.1.1991 das Kinder- und Jugendhilfegesetz in den alten Bundesländern gültig. In der damaligen DDR trat es schon ab 3.10.1990 in Kraft (Becsky et al. 2008). Darin wurde besonderer Wert auf Prävention und offene Arbeit gelegt. Das Verständnis und die Bedeutung der Kinder- und Jugendhilfe wurden insgesamt umfassender ausgelegt und auch dem Zeitrahmen der "Kindheit" wurde mehr Beachtung geschenkt (BGW 2012). Das Kinder- und Jugendhilfegesetz stellte in den neuen Bundesländern eine grundlegende Umwandlung der bisherigen Strukturen der Jugendhilfe dar (Sachverständigenkommission 11.Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) 2003). Deshalb musste insbesondere in den neuen Bundesländern die Kinder- und Jugendarbeit besonders unterstützt werden (Flock et al. 2004).

Zur Ausbildung pädagogischer Fachkräfte entstand im Oktober 1991 in Berlin der Informations-, Beratungs- und Fortbildungsdienst Jugendhilfe, unterstützt vom Bundesjugendministerium (Burghoff 1993). Die Integration der Kinder- und Jugendhilfe in das SGB VIII wurde im Jahr 1993 vollzogen (Jung 2008). Die Funktionen der Kinder- und Jugendhilfe sind in §1 Absatz 3 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes formuliert.



Sie dient: der persönlichen, möglichst uneingeschränkten Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, der Sicherstellung der Erziehung und Pflege der Kinder durch ihre Erziehungsberechtigten als obligate Aufgabe, der Hilfe und Anleitung von Erziehungsberechtigten in Erziehungsfragen, der Wahrung von Sicherheit bei jungen Menschen sowie der Realisierung und Beibehaltung günstiger Lebensumstände für die individuelle Entwicklung (Deutscher Bundestag 26.06.1990).

Nach dem Achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) sind die Aufgaben der Jugendhilfe vorrangig die Betreuung und der Schutz junger Menschen (§§ 11-14), behinderter Kinder (§§ 35a- 37, 39, 40) sowie die Unterstützung von Familien bei Erziehungsfragen (§§ 27-35, 36, 37, 39, 40). Dies erfolgt in Form von Beratungsstellen, Tageseinrichtungen für Kinder oder Freizeitveranstaltungen. Weiterhin zählen die Übernahme der Obhut (§42), Unterstützung bei Unterhaltskonflikten und Vaterschaftsanerkennungen (§§ 52a, 53), Teilnahme in Gerichtsverhandlungen, Erlaubnis und Verbot bestimmter Tätigkeiten im Rahmen des Jugendschutzes und die Betreuung bei Adoptionsgeschehen (§51) und Pflegekinderwesen (§§43, 44) zu den Aufgaben der öffentlichen Jugendhilfe (Jung 2008). Die Kinder- und Jugendhilfe ist für alle in Deutschland lebenden Kinder gültig. Geistig und körperlich behinderte junge Menschen erhalten zusätzliche Eingliederungshilfen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) (Deutscher Bundestag 26.06.1990). Die im SGB VIII aufgeführten Leistungen sind als Sozialleistungen aufzufassen, die von öffentlichen und freien Stellen der Jugendhilfe ausgeführt werden. Öffentliche Träger der Jugendhilfe sind Kreise und kreisfreie Städte. Sogenannte überörtliche Träger werden meist durch die Bundesländer vertreten. Freie Träger stellen beispielsweise Kirchen, Religionsgemeinschaften und Verbände der freien Wohlfahrtspflege dar (Jung 2008). Die Kreise und kreisfreien Städte als öffentliche Träger sind für die Errichtung eines Jugendamtes verantwortlich (Becsky et al. 2008). Das Jugendamt wird in zwei Bereiche unterteilt: zum einen die Verwaltung, zum anderen in den Jugendhilfeausschuss (Sachverständigenkommission 11.Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) 2003). Der Bund erlässt Gesetze für die Kinder- und Jugendhilfe (BMFSJ 2014). Ländergesetze der jeweiligen Bundesländer erweitern die vom Bund veröffentlichten Gesetze (BMFSJ 2014).

Für die Arbeit der Jugendhilfe sind Investitionen aus kommunalen Mitteln erforderlich (Becsky et al. 2008). 92% der Finanzierung der Kinder- und Jugendhilfe erfolgt aus steuerlichen Einnahmen (BMFSJ 2014). Jugendarbeit wird in Jugendtreffpunkten, Jugendbildungsstätten oder Ferienbetreuung geleistet. Sie wird nach §11 KJHG von freien oder öffentlichen Stellen ausgeführt. Jugendsozialarbeit ist für Jugendliche

gedacht, die im sozialen Kontext eher schlechte Konditionen haben und auf Hilfe Dritter angewiesen sind. So werden sie im Hinblick auf Schulabschluss, Berufsausbildung oder Arbeitsplatzsuche unterstützt (Henschel et al. 2009). Auch die Betreuung von Kindern in Tageseinrichtungen wird im dritten Abschnitt SGB VIII formuliert. Seit 2013 besteht der Anspruch auf einen Platz in einer Tageseinrichtung für Kinder ab Ende des 1. Lebensjahres. Die Anzahl der Beschäftigten im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ist in den letzten Jahren angestiegen und wird sich aufgrund des Ausbaus der Kinderbetreuung in jüngeren Lebensjahren weiter erhöhen. Der überwiegende Anteil (69%) der 2012 in Kinderbetreuungsstätten arbeitenden Personen hatte den Berufsabschluss Erzieher, 12% waren Kinderpfleger, 1,4% konnten einen Hochschulabschluss und 1% einen Berufsabschluss in Gesundheitsdienstberufen nachweisen. Lediglich 2,4% der Beschäftigten besaß keine abgeschlossene Ausbildung (BGW 2012). In der Entwicklung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes wurde unter anderem das Tagesbetreuungsausbaugesetz 2015 und das Kinder- und Jugendhelfweiterentwicklungsgesetz eingeführt (Becsky et al. 2008).

Laut Süddeutscher Zeitung wurden bei insgesamt steigenden Unterbringungszahlen in Mecklenburg – Vorpommern im Jahre 2015 17 von 1000 Kindern und Jugendlichen in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung untergebracht (Süddeutsche Zeitung 2015).

## **I.5 Hypothesen dieser Arbeit**

1. Die Kooperation der Institutionen Kinderpsychiatrie und Jugendhilfe ist aufgrund der kurzen Bestandszeit der Kinderneuropsychiatrie und der nicht reformierten Jugendhilfe sowie der unterschiedlichen Zuständigkeiten und Unterstellungen zu diesem Zeitpunkt, d.h. 1960, eher gering.
2. Verhaltensauffälligkeiten nehmen einen geringeren Stellenwert im Patientengut der Kinderneuropsychiatrie ein. Aufsässiges, dissoziales und/oder delinquentes Verhalten wurde als Fehlverhalten und mit einer sich herausbildenden sozialistischen Persönlichkeit unvereinbar angesehen und damit eher pädagogisch sanktioniert.
3. Aufgrund des Fehlens eines fundierten international gültigen Klassifikationsschemas für kinder- und jugendpsychiatrische Störungen werden Diagnosen subjektiv ausgestaltet und pauschalisiert.
4. Stationäre Aufenthalte dauern lange und sind aufgrund einer eher einseitigen biologischen Sichtweise und fehlender pharmakologischer Interventionsmöglichkeiten weniger von Erfolg hinsichtlich nachhaltiger Veränderungen gekrönt.
5. Weiterbetreuungen in Heimeinrichtungen wurden aufgrund der desolaten Lage der Jugendhilfe, insbesondere der fehlenden pädagogischen Ausbildung des Heimpersonals 1960, wenig empfohlen bzw. gar vermieden.
6. Schwererziehbare Kinder wurden primär eher in dafür vorgesehenen Heimen untergebracht statt in der Klinik behandelt.
7. Die Veränderungen bezüglich Struktur und Aufgaben der Kinderneuropsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendhilfe im Laufe der Zeit beeinflussen die Zuweisungen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie.
8. Heimeinweisungen gehen oft einher mit ungünstigen Milieubedingungen.

9. Das Durchschnittsalter der Patienten spiegelt die zunehmende Akzeptanz tief greifender Störungen wider. Durch früheres Eingreifen der Jugendhilfeorgane könnten schwere Traumatisierungen verhindert werden.
10. Die Versorgungssituation geistig beeinträchtigter Kinder und Jugendlichen ist- auch wegen der schlechten pädagogischen Ausbildung des Heimpersonals- als mangelhaft zu bewerten.
11. Medizinische Gegebenheiten prägen vordergründig das Patientengut der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

## **II Methode**

### **II.1 Definition der zu untersuchenden Klientel und des Untersuchungszeitraumes**

Die Gesamtklientel der Abteilung für Kinderneuropsychiatrie am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock wurde für das Jahr 1960 analysiert und die Versorgungsstrukturen, insbesondere die Zusammenarbeit mit Jugendhilfe-einrichtungen, untersucht. Um Trends und Entwicklungen aufzeigen zu können, wurde der Jahrgang 1960 mit den Jahren 1988/89 (Hentsch 1999) verglichen.

Für die Untersuchung wurden alle Patienten des Jahres 1960, welche stationär in die Abteilung Kinder- und Jugendneuropsychiatrie Rostock aufgenommen wurden, erfasst (n=269). Dabei wurden diejenigen Patienten eingeschlossen, welche im Aufnahmebuch im Zeitraum zwischen dem 1.1.1960 und dem 31.12.1960 vermerkt waren. Der Fokus der Betrachtung lag insbesondere auf dem Patientengut mit vorwiegend psychiatrischer Diagnose (n=170). Patienten, welche das 18. Lebensjahr überschritten, wurden nicht beachtet (n=4). Bei mehrmaliger Aufnahme zählte jede als Neuaufnahme. Außer den Patienten mit psychiatrischen Diagnosen wurden Patienten mit neurologischen Symptomen (n=73) und Verletzungen bzw. Vergiftungen sowie angeborenen Fehlbildungen (n=19) aufgenommen. Weitere drei Patienten wiesen keine Diagnose auf. Diese Patienten wurden in der Auswertung nicht beachtet.

Die detaillierten Angaben wurden aus den vorhandenen Patientenakten erhoben. Dabei wurde die gesamte Akte gesichtet und für die Dokumentation verwendet. Bei fehlender Patientenakte konnten nur die Angaben des Aufnahmebuches analysiert

werden. Für die statistische Auswertung war es nötig, ein Schlüsselwortverzeichnis zu erstellen (siehe Anhang). Um die Vergleichbarkeit mit der Arbeit von Hentsch (Hentsch 1999) zu gewährleisten, wurden die zu untersuchenden Merkmale in ähnlicher Form beschrieben, jedoch auch erweitert und modifiziert. Als Grundlage diente, wie auch bei Hentsch (Hentsch 1999), das Multiaxiale Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Remschmidt 2002).

## II.2 Erfasste Merkmale

Im Folgenden wird auf die erhobenen Merkmale eingegangen.

1. **Daten zur Person:** Geschlecht, Alter, Gruppe
2. **Klinische Daten:** Diagnose, Aufenthaltsdauer, Behandlungserfolg, Wiederholung der Behandlung, Aufnahmesymptomatik, Suizidversuch während des Aufenthaltes, Substanzmissbrauch während des Aufenthaltes, Geburtskomplikationen, Entwicklungsrückstände, Intelligenzquotient, EEG-Befund, Medikamentengabe, Symptome dissozialen Verhaltens
3. **Familiäre Situation:** familiärer Hintergrund, Schulbildung Mutter/Vater, Ausbildung Mutter/Vater, Berufstätigkeit Mutter/Vater, bekannte psychiatrische Erkrankung der Eltern, Substanzmissbrauch der Eltern, Milieu, Anzahl der Geschwister, Stellung in Geschwisterreihenfolge
4. **Versorgungsstruktur:** einweisende Instanz, weiterführende Instanz, Überweisung von Heim in die Klinik, Überweisung von Klinik in ein Heim

Bei den **Gruppen** wurde zwischen fremdplatzierten und nicht- fremdplatzierten Patienten unterschieden. Als Fremdplatzierung wird eine Unterbringung außerhalb der Ursprungsfamilie verstanden- also Pflegefamilie, Heimunterbringung oder kurzfristige Inobhutnahme. Bei der statistischen Auswertung umfasste die Gruppe der Fremdplatzierten alle Patienten, die vor oder nach stationärer Behandlung fremdplatziert wurden bzw. bei denen eine Fremdplatzierung geplant war.

Beim **Behandlungserfolg** wurde- je nach Angabe in den Patientenakten- zwischen leichter und deutlicher Besserung, keiner Veränderung, Verschlechterung sowie keiner klaren Beurteilung unterschieden.

Die Kategorie **Wiederholung der Behandlung** umfasst nicht nur die Aussage, ob ein Patient bereits schon einmal in psychiatrischer Behandlung war, sondern auch, ob dies einmalig bzw. mehrmals und mit gleicher oder anderer Diagnose auftrat.

Die **Aufnahmesymptomatik** klassifiziert zwischen geringen und ausgeprägten Symptomen und ist angelehnt an die Dokumentation in den Akten.

Unter **Geburtskomplikationen** wurden Asphyxien, Früh- und Sturzgeburten, Übertragungen sowie „sonstige“, wie Nabelschnurverlegung oder Zangengeburt zusammengefasst.

**Entwicklungsverzögerungen** umfassen die Kategorien Motorik, Sprache, Sauberkeit und Leistung und können kombiniert oder einzeln auftreten.

Bezüglich des **Intelligenzquotienten** wurden die damals üblichen Bezeichnungen „Debilität, Imbezillität und Idiotie“ zu leichter, mittlerer und schwerer Intelligenzminderung umformuliert. Dabei wird die Debilität als leichte (entspricht einem IQ zwischen 50 und 70), die Imbezillität (entspricht einem IQ zwischen 20 und 50) als mittlere und die Idiotie als schwere Intelligenzminderung (IQ < 20) verstanden. Die Bezeichnung „Schwachsinn“ wird als Überbegriff der Intelligenzminderung verstanden und betrifft Intelligenzquotienten unter 70 (Köhnken et al. 2003).

Der **EEG- Befund** konnte in „unauffälliges“ bzw. „pathologisches EEG“ sowie in einen „Grenzbefund“ differenziert werden. Als Grenzbefund galten alle EEG, bei denen Auffälligkeiten nicht als klar pathologisch angesehen werden konnten.

Die **dissozialen Symptome** wurden anhand der ICD- 10- F-91- Diagnosen ausgewählt. Dabei konnten Aggressivität, Lügen, Schulschwänzen und Stehlen klassifiziert werden. Außerdem wurden Hypermotorik, Konzentrationsstörungen und extremes Weinen sowie Störungen des Sexualverhaltens- und der Sexualpräferenz erfasst.

Als **Milieu** wird die Umgebung des Patienten aufgefasst, in der er lebt und durch die seine Entwicklung und sein Verhalten beeinflusst wird. Dabei wurde- je nach Aktennotiz- zwischen höherem und niedrigerem sozioökonomischen Milieu unterschieden.

## II.3 Auswertung der Daten

Die Daten wurden tabellarisch mit Microsoft Office Excel 2007 als nominale Klassifizierungsvariable und stetige Variable erhoben. Die statistische Auswertung erfolgte mit IBM SPSS Statistics Version 22. Das Signifikanzniveau lag dabei bei  $p \leq 0.05$ , wobei  $p \leq 0.001$  eine hohe Signifikanz aufzeigte. Als Testverfahren kamen sowohl der Chi-Quadrat-Test ( $\chi^2$ ), als auch der lineare Trend-Test (t) zur Verwendung. Mittels des Chi-Quadrat-Tests können Aussagen über die Unabhängigkeit zweier qualitativer Eigenschaften getroffen werden. Der lineare Trend-Test (t) arbeitet mit den Mittelwerten zweier Stichproben und stellt Unterschiede heraus (Bühl 2008).

## III Ergebnisse

### III.1 Gesamtklientel mit psychiatrischer Diagnose

Insgesamt wurden im Jahr 1960 170 Kinder und Jugendliche mit einer psychiatrischen Diagnose aufgenommen. Davon waren 154 Erstaufnahmen, 16 Zweit- bzw. Drittaufnahmen. 14 Patienten wurden mehrmals mit gleicher Diagnose, 2 mehrmals mit anderer Diagnose aufgenommen. Sechs Kinder wurden 1960 zweimal aufgenommen und fünf Kinder dreimalig.

### III.2 Personendaten

#### III.2.1 Geschlechter

23,5% der Patienten waren weiblich ( $n=40$ ), 76,5% männlich ( $n=130$ ). Das Verhältnis in den Gruppen ist etwa 1:2, mit einer Dominanz der Jungen. Dabei waren 6 Mädchen fremdplatziert, wobei 34 nicht fremdplatziert waren. Bei den Jungen waren 119 nicht fremdplatziert, 11 fremdplatziert ( $n_{\text{gesamt}}=170$ ).

Tab. 1: Verteilung der Geschlechter in den Gruppen; (% von Gesamtmenge)

		Gruppe		gesamt
		keine Fremdplatzierung	Fremdplatzierung	
Geschlecht	weiblich	34 (20,0%)	6 (3,5%)	40 (23,5%)
	männlich	119 (70,0%)	11 (6,5%)	130 (76,5%)
gesamt		153 (90,0%)	17 (10,0%)	170 (100%)

### III.2.2 Alter

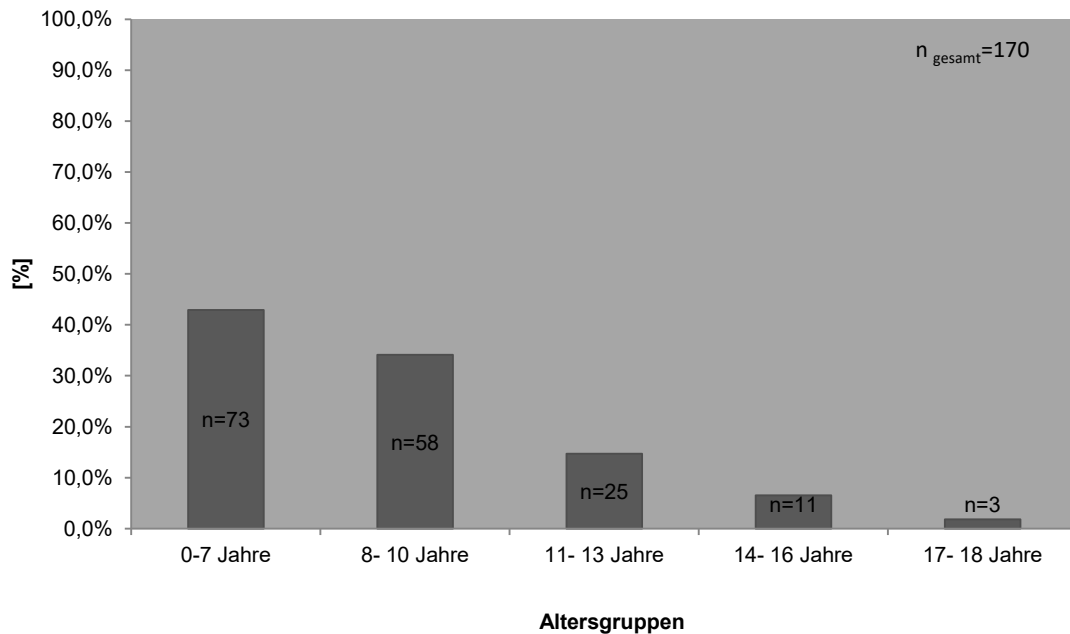
Die jüngsten Patienten waren 2 Jahre alt, was einen Gesamtanteil von 2,9% der Gesamtklientel ausmachte. Im Mittel waren die Kinder 8 Jahre alt ( $Mw = 8,29$ ) mit einer Standardabweichung von 3,424. Der überwiegende Anteil des Patientenguts war zwischen 6 und 10 Jahren alt und machte einen Anteil von 56,5% aus ( $n_{\text{gesamt}} = 170$ ).

Mädchen waren mit einem mittleren Alter von 7 Jahren nicht signifikant jünger als Jungen mit einem mittleren Alter von 8 Jahren. Die Verteilung von Geschlecht und Alter ist bei Jungen und Mädchen relativ ausgeglichen. Es ist kein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und Alter feststellbar ( $Mw_{\text{Mädchen}} = 7,83$ ;  $s_{\text{Mädchen}} = 3,755$ ;  $Mw_{\text{Jungen}} = 8,43$ ;  $s_{\text{Jungen}} = 3,318$ ;  $t = 0,978$ ;  $df = 168$ ;  $p = 0,329$ ).

Es gab keine signifikante Abhängigkeit zwischen dem Alter und den Gruppen. Im Mittel waren die Fremdplatzierten 8,65; die nicht-Fremdplatzierten 8,22 Jahre alt. Die meisten Fremdplatzierten waren im Alter von 8 und 13 Jahren mit jeweils 17,4% (mit einem Anteil von 2,4% der Gesamtklientel); 13% der Fremdplatzierten waren 7 Jahre alt. ( $Mw_{\text{keine Fremdplatzierung}} = 8,19$ ;  $s_{\text{keine Fremdplatzierung}} = 3,441$ ;  $Mw_{\text{Fremdplatzierung}} = 9,18$ ;  $s_{\text{Fremdplatzierung}} = 3,226$ ;  $t = -1,128$ ;  $df = 168$ ;  $p = 0,261$ ). Im Vergleich von Fremdplatzierten zu geplanten/empfohlenen Fremdplatzierten gab es keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter. Auch die Mittelwerte unterschieden sich nicht signifikant voneinander. Fremdplatzierte waren im Mittel 8,2 Jahre und die empfohlenen Fremdplatzierten 9,15 Jahre alt. ( $Mw_{\text{Alter(Fremdplatzierung)}} = 8,20$ ;  $s_{\text{Alter(Fremdplatzierung)}} = 3,795$ ;  $MW_{\text{Alter (Fremdplatzierung empfohlen)}} = 9,15$ ;  $s_{\text{Alter(Fremdplatzierung empfohlen)}} = 2,410$ ;  $t = 0,736$ ;  $df = 21$ ;  $p = 0,470$ )

Zur besseren Übersicht wurde die Patientenklientel in Altersgruppen differenziert. Dabei ergaben sich folgende Häufigkeiten: 42,9% der Patienten waren zwischen 0 und 7 Jahren alt ( $n = 73$ ), gefolgt von der Altersgruppe 8 bis 10 Jahre, die einen Anteil von 34,1% ( $n = 58$ ) ausmachte. Je höher das Alter, desto weniger Patienten der jeweiligen Altersgruppe wurden aufgenommen. Zwischen 11 und 13 Jahren waren 25, also 14,7% der Kinder alt; 6,5% ( $n = 11$ ) waren zwischen 14 und 16 Jahren und die Altersgruppe 17-18 Jahre stellten 1,8% ( $n = 3$ ) dar ( $n_{\text{gesamt}} = 170$ ).

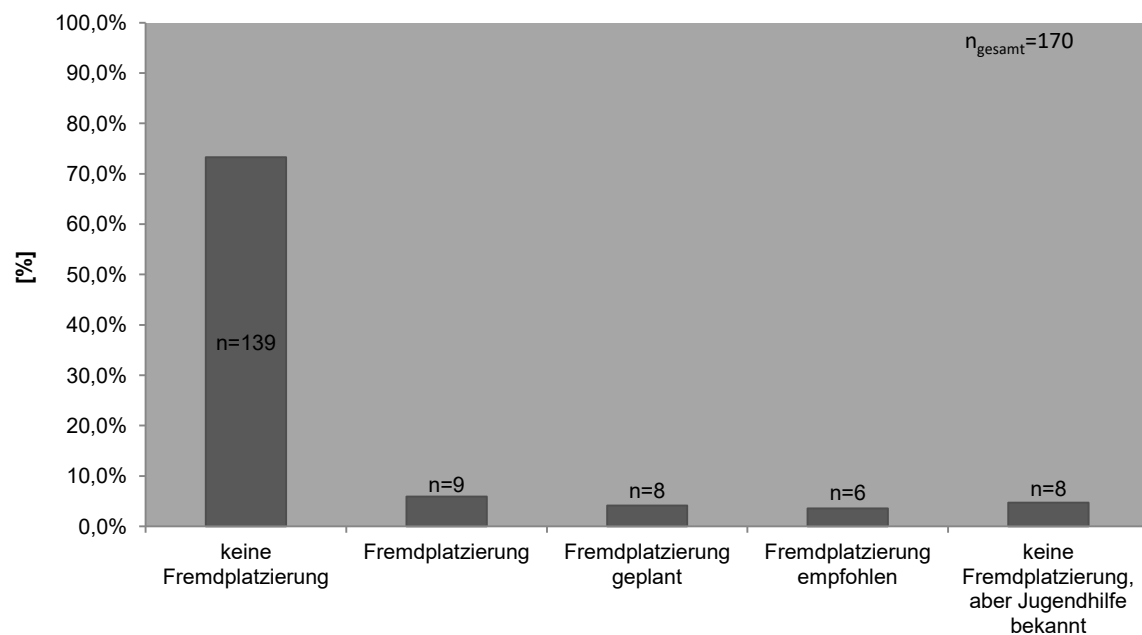




**Abb. 4: Verteilung der Patienten in Altersgruppen**

### **III.2.3 Die Gruppen**

Bei stationärer Aufnahme waren 94,7% der 170 Patienten nicht fremdplatziert entsprechend den Kategorien „keine Fremdplatzierung“, „Jugendhilfe bekannt“ und „Fremdplatzierung geplant/empfohlen“. Die Variablen „Fremdplatzierung“ und „Fremdplatzierung geplant“ zusammengefasst ergaben einen Anteil von 10,0 % und stellen den Anteil der Fremdplatzierten nach stationärer Behandlung dar. Insgesamt wurden also 17 der 170 Patienten nach stationärer Behandlung in Heimen oder anderen Einrichtungen untergebracht bzw. es sollte definitiv eine Unterbringung erfolgen. Bei 3,5% (n=6) der Patienten wurde eine Empfehlung für eine Heimeinweisung ausgesprochen, während bei 8 Patienten (4,7%) eine Heimeinweisung geplant war und entsprechend vorbereitet wurde bzw. bei einem Patienten eine direkte Überweisung erfolgte.



**Abb. 5: Verteilung der Klientel in den Gruppen**

### III.3 Klinische Daten

#### III.3.1 Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer betrug minimal 4, maximal 451 Tage. Im Mittel befanden sich die Patienten 67, 47 Tage stationär. Die Aufenthaltsdauer ist vom Geschlecht unabhängig ( $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(weiblich)}} = 79,98$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(weiblich)}} = 81,521$ ;  $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(männlich)}} = 63,62$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(männlich)}} = 66,068$ ;  $t = 1,293$ ;  $df = 168$ ;  $p = 0,198$ ).

Es gibt außerdem keinen Zusammenhang zwischen Art der Unterbringung und Dauer des stationären Aufenthaltes. Fremdplatzierte Kinder blieben im Mittel 82 Tage in stationärer Behandlung, wohingegen nicht-fremdplatzierte Kinder etwa 65 Tage behandelt wurden. ( $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(keine Fremdplatzierung)}} = 64,50$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(keine Fremdplatzierung)}} = 65,976$ ;  $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(Fremdplatzierung)}} = 94,25$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(Fremdplatzierung)}} = 98,518$ ;  $t = -1,668$ ;  $df = 168$ ;  $p = 0,097$ ).

### III.3.1.1 *Aufenthaltsdauer und Entwicklungsverzögerungen*

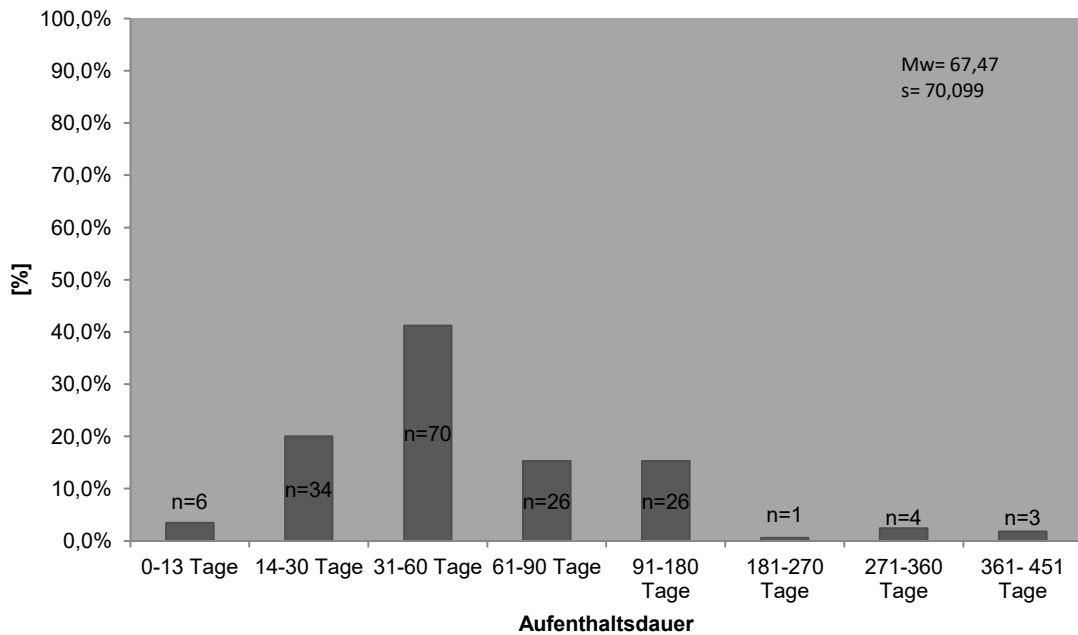
Um eine bessere Auswertung zu realisieren, wurde die Kategorie „Entwicklung“ in einer neuen Variable beschrieben. Dabei wurden alle Entwicklungsverzögerungen zu einer Kategorie zusammengefasst, welche damit 72 auffällige Entwicklungen beinhaltete. Dem gegenüber standen 35 als „unauffällig“ beschriebene Entwicklungen, sodass insgesamt 107 Patientendaten analysiert wurden.

Zwischen vorhandenen Entwicklungsverzögerungen und der Aufenthaltsdauer bestand kein Zusammenhang. So betrug die mittlere Aufenthaltsdauer bei Patienten mit Entwicklungsverzögerungen etwa 64 Tage; bei denen ohne beschriebene Entwicklungsverzögerungen etwa 78 Tage. ( $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(keine Entwicklungsverzögerung)}} = 78,77$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(keine Entwicklungsverzögerung)}} = 93,58$ ;  $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer (Entwicklungsverzögerung)}} = 64,40$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer (Entwicklungsverzögerung)}} = 67,777$ ;  $t = 0,905$ ;  $df = 105$ ;  $p = 0,368$ ).

### III.3.1.2 *Aufenthaltsdauer und Aufnahmesymptomatik*

Ob die Aufnahmesymptomatik gering oder ausgeprägt war, hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Aufenthaltsdauer. So blieben Patienten mit ausgeprägter Aufnahmesymptomatik ( $n=59$ ) im Mittel etwa 9 Tage länger in stationärer Behandlung als jene, die nur eine geringe Symptomatik ( $n=56$ ) aufwiesen.  $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(Aufnahmesymptomatik gering)}} = 64,73$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(Aufnahmesymptomatik gering)}} = 69,379$ ;  $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(Aufnahmesymptomatik ausgeprägt)}} = 73,24$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(Aufnahmesymptomatik ausgeprägt)}} = 79,834$ ;  $t = -0,608$ ;  $df = 113$ ;  $p = 0,544$ ).

Eine Differenzierung der Aufenthaltsdauer in verschiedene Zeitspannen ermöglicht eine bessere Veranschaulichung. Dabei ist ersichtlich, dass kurze Aufenthalte von einem Tag bis zu zwei Wochen mit 3,5% ( $n=6$ ) einen relativ geringen Anteil ausmachten. 20% der Kinder verweilten 14-20 Tage ( $n=34$ ). Der überwiegende Anteil der Patienten (41,2%;  $n=70$ ) blieb 31-60 Tage in stationärer Behandlung. Jeweils 15,3% ( $n=26$ ) mussten 61-90 Tage beziehungsweise 91-180 Tage bleiben. Der Anteil derjenigen, die sich über 180 Tage auf Station befanden, ist mit 4,8% zu beziffern. Davon waren 0,6% zwischen 181-270 Tagen ( $n=1$ ), 2,4% ( $n=4$ ) zwischen 271-360 Tagen und 1,8% ( $n=3$ ) zwischen 361-451 Tagen untergebracht.



**Abb. 6: Verteilung der Patienten nach Aufenthaltsdauer**

#### *III.3.1.3 Aufenthaltsdauer in Abhängigkeit vom Alter*

Die Aufenthaltsdauer nimmt mit zunehmenden Alter ab, dies jedoch nicht signifikant. Die Altersgruppe von 0 bis 7 Jahren verzeichnete eine minimale Aufenthaltsdauer von 4 Tagen und eine maximale von 451 Tagen. In der Altersgruppe 17 bis 18 Jahre hingegen waren minimal 21 Tage und maximal 76 Tage stationärer Aufenthalt nötig (df=4; F=0,339; p=0,851).

Die mittlere Aufenthaltsdauer in der Altersspanne zwischen 0 und 13 Jahren war relativ ähnlich. So sind Kinder zwischen 0 und 7 Jahren im Mittel 71 Tage, im Alter zwischen 8 und 10 Jahren 69 Tage und zwischen 11 und 13 Jahren etwa 64 Tage in Behandlung. Ältere Patienten blieben im Mittel kürzer in stationärer Behandlung: Die Patienten zwischen 14 und 16 Jahren etwa 48, 17- und 18-jährige etwa 47 Tage.

#### *III.3.1.4 Aufenthaltsdauer und Behandlungserfolg*

Bezüglich des Behandlungserfolges wurde zur Analyse eine neue Variable eingeführt. Dabei wurde lediglich zwischen Behandlungserfolg oder fehlendem Erfolg differenziert. Ob es sich dabei um eine deutliche oder leichte Besserung handelte, wurde nicht beachtet bzw. nicht angegeben. So ergeben sich die Kategorien „Behandlungserfolg“ und „kein Behandlungserfolg“, wobei letztere keine Differenzierung aufwies. Damit

konnten 70 Patienten der Kategorie „kein Erfolg“ und 46 Patienten dem „Erfolg“ zugeordnet werden. Es ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer und Behandlungserfolg. Patienten mit Behandlungserfolg blieben im Mittel 70 Tage stationär, während Patienten ohne Behandlungserfolg etwa 3 Tage weniger stationär blieben

( $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(Behandlungserfolg)}} = 70,50$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(Behandlungserfolg)}} = 52,358$ ;  $Mw_{\text{kein Behandlungserfolg}} = 67,66$ ;  $s_{\text{kein Behandlungserfolg}} = 86,324$ ;  $t = -0,200$ ;  $df = 114$ ;  $p = 0,842$ ).

### *III.3.1.5 Aufenthaltsdauer und Diagnose*

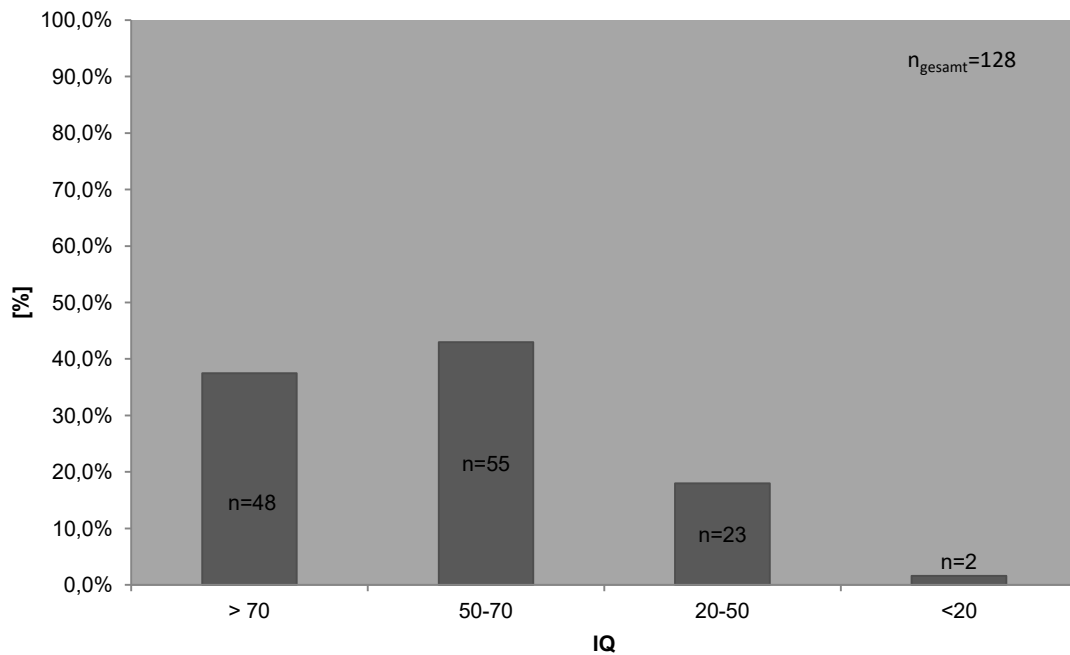
Nach Modifikation bzw. Transition der Diagnosen in die gegenwärtige ICD-10 Klassifikation ergaben sich folgende Behandlungszeiten:

F 40- 43:	46,70 Tage (+/- 25,618)
F 63	95,00 Tage ( +/- 1,414)
F 70-79	56,39 Tage (+/- 53,151)
F 80-89	78,63 Tage (+/- 90,950)
F90-98	90,20 Tage (+/- 89,643)

Betrachtet man die Diagnose „Intelligenzminderung“, so waren im Mittel 56 Tage stationärer Aufenthalt nötig. Dies ist nicht signifikant weniger als die anderen aufgeführten Diagnosen zusammengefasst. Dafür waren durchschnittlich etwa 74 Tage Behandlung notwendig. ( $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(Intelligenzminderung)}} = 56,39$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(Intelligenzminderung)}} = 53,151$ ;  $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(andere Diagnose)}} = 74,16$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(andere Diagnose)}} = 78,064$ ;  $t = 1,609$ ;  $df = 168$ ;  $p = 0,110$ ). 75% der Patienten mit elektivem Mutismus blieben über 90 Tage stationär. Die zwei Fälle von Trichotillomanie im Jahr 1960 waren ebenfalls über 90 Tage in Behandlung ebenso wie der einzige Patient in diesem Jahr mit exzessivem Masturbieren bzw. Autismus. Insgesamt wurden 20% der Patienten über 90 Tage therapiert.

### *III.3.2 Intelligenzquotient*

Die Mehrheit der Patienten wies zumindest eine leichte Intelligenzminderung auf (43%;  $n=55$ ). 18,0% ( $n=23$ ) wiesen eine mittlere und 1,6% ( $n=2$ ) eine schwere Intelligenzminderung auf. 37,5% ( $n=48$ ) wurden mit einem altersentsprechend normalen IQ eingestuft ( $n_{\text{gesamt}} = 128$ ).



**Abb. 7: Verteilung der Patienten nach ihrem IQ**

Zur Analyse wurden die leichte, mittlere und schwere Intelligenzminderung zu einer Variable zusammengefasst. Damit konnten die Patienten zwischen erniedrigtem und normalem IQ sowie den Geschlechtern aufgeteilt werden. Bezüglich des Geschlechtes gab es keinen Zusammenhang zu einer Intelligenzminderung ( $\chi^2 = 0,711$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,399$ ). Auffallend ist der große Anteil an Intelligenzminderung (62,5%;  $n=80$ ). Dabei waren 68,8% der Mädchen ( $n=22$ ) und 60,4% ( $n=58$ ) der Jungen intelligenzgemindert.

**Tab. 2: IQ innerhalb der Geschlechter; (% von Gesamtmenge)**

		Geschlecht		gesamt
		weiblich	männlich	
IQ	>70	10 (7,8%)	38 (29,7%)	48 (37,5%)
	≤ 70	22 (17,2%)	58 (45,3%)	80 (62,5%)
gesamt		32 (25,0%)	96 (75,0%)	128 (100,0%)

### *III.3.2.1 IQ und Fremdplatzierung*

Der Anteil an Kindern mit Intelligenzminderung und normalem IQ war in beiden Gruppen ähnlich. So waren 33,3% (n=5) der Kinder in einer Fremdplatzierung leicht intelligenzgemindert, was in der Gruppe der Nicht-Fremdplatzierten 44,2% (n=50) entsprach. 36,3% (n=41) der Nicht- Fremdplatzierten waren normal intelligent und bei den Fremdplatzierten 46,7% (n=7). Somit sind die Art der Unterbringung und der IQ als unabhängig voneinander zu betrachten ( $\chi^2 = 0,609$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,305$ ).

### *III.3.2.2 IQ und Alter*

Ob eine Intelligenzminderung bei diesem Patientenklientel vorlag oder nicht, war vom Alter unabhängig. Die Kinder mit normalem IQ waren- ebenso wie die intelligenzgeminderten Kinder- im Mittel 8 Jahre alt. Hierbei wurde nicht zwischen leichter, mittlerer und schwerer Intelligenzminderung unterschieden. ( $Mw_{\text{Alter(IQ normal)}} = 8,10$ ;  $s_{\text{Alter(IQ normal)}} = 3,466$ ;  $Mw_{\text{Alter(IQ gemindert)}} = 7,99$ ;  $s_{\text{Alter(IQ gemindert)}} = 3,071$ ;  $t = 0,198$ ;  $df = 126$ ;  $p = 0,843$ ).

### *III.3.2.3 IQ und Aufenthaltsdauer*

Die Analyse zeigt, dass intelligenzgeminderte Kinder nicht signifikant länger stationär behandelt wurden als normalintelligente Kinder. So waren normalintelligente Kinder sogar im Mittel 12 Tage länger stationär, was eine mittlere Aufenthaltsdauer von 75 Tagen ausmachte. Intelligenzgeminderte Kinder blieben demnach etwa 63 Tage in der Klinik ( $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(IQ normal)}} = 75,33$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(IQ normal)}} = 87,001$ ;  $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(IQ gemindert)}} = 63,24$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(IQ gemindert)}} = 61,273$ ;  $t = 0,921$ ;  $df = 126$ ;  $p = 0,359$ ).

### *III.3.2.4 IQ und Geburtsverlauf*

Aufgetretene Geburtskomplikationen wurden zur Analyse zu einer Kategorie zusammengefügt, sodass es eine Unterteilung zwischen „normalem Geburtsverlauf“ „Geburtskomplikationen“, „normalem IQ“ und „gemindertem IQ“ gab. Etwaige Geburtskomplikationen standen nicht signifikant im Zusammenhang mit einem geminderten IQ. So wurden bei 60,3% der intelligenzgeminderten Kinder keine Komplikationen während der Geburt verzeichnet. Der Anteil an Komplikationen war zwar bei den intelligenzgeminderten Kindern mit 56,8% gegenüber den

normalintelligenten Kindern mit 43,2% leicht höher, aber unwesentlich, um eine Abhängigkeit festzustellen ( $\chi^2 = 0,124$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,725$ ).

### III.3.2.5 IQ und Entwicklung

Auch aufgetretene Verzögerungen in der Entwicklung wurden in einer zusätzlichen Variablen allgemein als „pathologische Entwicklung“ von der „normalen Entwicklung“ abgegrenzt.

Es zeigt sich eine hochsignifikante Abhängigkeit zwischen IQ und Entwicklungsverzögerungen. 80% ( $n=48$ ) der Kinder mit verringertem IQ zeigten Auffälligkeiten in der Entwicklung. Das entspricht einem Anteil von 69,6% aller verzeichneten Entwicklungsverzögerungen. Bei den normalintelligenten Kindern war die Verteilung mit 51,2% ( $n=22$ ) ohne Entwicklungsverzögerungen und 48,8% ( $n=21$ ) mit Verzögerungen in der Entwicklung relativ balanciert ( $\chi^2 = 11,000$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,001$ ) ( $n_{\text{gesamt}} = 103$ ).

Tab. 3: IQ und Entwicklungsverzögerungen; (% von Gesamtmenge)

		IQ		gesamt
		normal	vermindert	
Entwicklung	keine Entwicklungsverzögerungen	22 (21,4%)	12 (11,7%)	34 (33,0%)
	Entwicklungsverzögerungen	21 (20,4%)	48 (46,6%)	69 (67,0%)
gesamt		43 (41,7%)	60 (58,3%)	103 (100,0%)

### III.3.3 Entwicklungsrückstand

Der überwiegende Anteil (67,3%;  $n=72$ ) der Kinder und Jugendlichen wies Entwicklungsrückstände in diversen Bereichen auf, insbesondere Retardierungen im Bereich der Sprache (21,5%;  $n=23$ ), während Sauberkeit (8,4%;  $n=9$ ), Motorik (3,7%;  $n=4$ ) und Leistung (2,8%;  $n=3$ ) isoliert weniger auftraten. Der Anteil kombinierter Entwicklungsrückstände lag bei 30,8% ( $n=33$ ). Dabei überwog die Kombination Sauberkeit, Sprache, Motorik und Leistung (8,4%;  $n=9$ ) sowie Sprache und Sauberkeit mit 8,4% ( $n=9$ ) ( $n_{\text{gesamt}}=107$ ). Tabelle 5 stellt die Verteilung der Entwicklungsrückstände dar.



### III.3.3.1 Entwicklungsrückstand und Geschlecht

Bestehende Entwicklungsverzögerungen- als „pathologische Entwicklung“ in einer neuen Variable beschrieben- stellten eine Erfassung aller aufgetretenen Entwicklungsverzögerungen in Kontrast zu einer normalen Entwicklung dar. Bezüglich des Geschlechtes gab es keinen signifikanten Zusammenhang zu Entwicklungsrückständen ( $\chi^2=0,006$ ;  $df=1$ ;  $p=0,936$ ). Sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen überwog der Anteil mit aufgetretenen Entwicklungsverzögerungen. So sah man bei den Jungen 67,5% ( $n=54$ ) und bei den Mädchen 66,7% ( $n=18$ ), die in ihrer Entwicklung Retardierungen aufwiesen.

**Tab. 4: Verteilung von Entwicklungsverzögerungen**

	Häufigkeit	[%]
normale Entwicklung	35	32,7
Sprache retardiert	23	21,5
Motorik retardiert	4	3,7
Sauberkeit retardiert	9	8,4
Leistung retardiert	3	2,8
Motorik und Sauberkeit retardiert	4	3,7
Sprache und Sauberkeit retardiert	9	8,4
Sprache und Motorik retardiert	5	4,7
Sprache, Motorik, Sauberkeit und Leistung retardiert	9	8,4
Sauberkeit und Leistung retardiert	5	4,7
Sprache, Motorik und Leistung retardiert	1	0,9
Gesamt	107	100,0

### III.3.3.2 Entwicklungsrückstand und Fremdplatzierung

Auch im Gruppenvergleich war keine Abhängigkeit von Unterbringung und Entwicklungsrückstand erkenntlich ( $\chi^2= 1,544$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,171$ ). Hier überwog bei den Fremdplatzierten und bei den Nicht- Fremdplatzierten gleichermaßen der Anteil derer mit Retardierungen in diversen Bereichen. So waren 69,6% ( $n=64$ ) der Nicht-Fremdplatzierten und 53,3% ( $n=8$ ) der Fremdplatzierten von Entwicklungsverzögerungen betroffen.

### **III.3.4 Aufnahmesymptomatik**

Die Anteile an ausgeprägten und milden Symptomen bei Aufnahme waren balanciert. Geringe Ausprägung der Symptome fanden sich bei 48,7% (n=56); 51,3% (n=59) zeigten dagegen eine ausgeprägte Symptomatik ( $n_{\text{gesamt}}=115$ ).

### **III.3.5 Suizidversuch, Substanzmissbrauch**

Die Gesamtklientel betrachtend, ereignete sich im Jahr 1960 ein Suizidversuch während des stationären Aufenthaltes.

Es wurden keine Fälle von Substanzmissbrauch registriert ( $n_{\text{gesamt}}=115$ ).

### **III.3.6 Geburtsverlauf**

Der Großteil der Patienten (65,1%; n=71) zeigte bei Geburt keine Auffälligkeiten. 11% (n=12) waren asphyktisch; in 10,1% (n=11) der Fälle war die Geburt durch eine Nabelschnurverlegung oder einen Geburtsstillstand mit resultierender Zangengeburt erschwert. 7,3% (n=8) des Patientengutes waren ehemalige Frühgeborene, während 3,7% (n=4) übertragen waren. 2,8% (n=3) der Geburten stellten sogenannte Sturzgeburten dar ( $n_{\text{gesamt}}=109$ ).

#### **III.3.6.1 Geburtsverlauf und Fremdplatzierung**

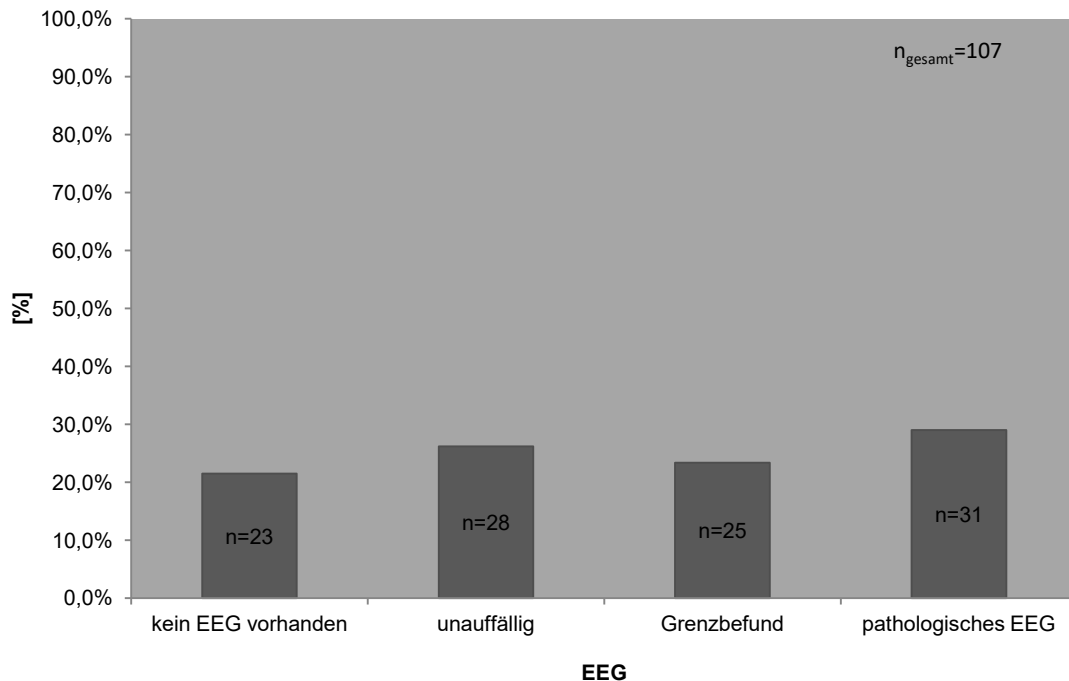
Innerhalb der Gruppen zeigten sich ähnliche Verteilungen auffälliger Geburtsverläufe, sodass zwischen Art der Unterbringung und Geburtsverlauf kein Zusammenhang zu erkennen war ( $\chi^2= 2,466$ ; df= 1; p= 1). Die meisten Kinder wiesen keine Geburtskomplikationen auf. 62,5 % (n=60) der Nicht-Fremdplatzierten und 84,6% (n=11) der Fremdplatzierten wiesen danach völlig unauffällige Geburtsverläufe auf.

#### **III.3.6.2 Geburtsverlauf und Geschlecht**

Auch zwischen Geburtsverlauf und Geschlecht ergab sich kein Zusammenhang ( $\chi^2= 1,061$ ; df= 1; p= 0,303). So gab es Komplikationen während der Geburt bei 42,9% (n=12) der Mädchen und 32,1% (n=26) der Jungen.

### III.3.7 EEG

Etwa zwei Drittel der Patienten wies EEG-Veränderungen auf. Als pathologisches EEG wurden dabei 29% (n=31) der Fälle bezeichnet. Unauffällige EEG machten 26,2% (n=28) der Fälle aus (n<sub>gesamt</sub>=107).



**Abb. 8: EEG-Befund der Patienten**

Zur Analyse wurden die pathologischen EEG und die Grenzbefunde in einer neuen Variable zusammengefasst und als „pathologisches EEG“ mit n=56 umschrieben. Dem gegenüber standen die unauffälligen EEG mit n=28.

Im Gruppenvergleich war keine Abhängigkeit zwischen EEG-Befund und Fremdplatzierung zu erkennen ( $\chi^2= 0,057$ ; df= 1; p= 0,559). So wiesen sowohl Fremdplatzierte (70,0%; n=7) als auch Nicht- Fremdplatzierte (66,2%; n=49) überwiegend pathologische EEG auf.

Auch innerhalb der Geschlechter war kein Zusammenhang festzustellen ( $\chi^2=0,033$ ; df=1; p=0,856); 65% (n=13) der Mädchen und 67,2% (n=43) der Jungen wiesen pathologische EEG auf.

Ein pathologisches EEG infolge Komplikationen während der Geburt trat nicht signifikant häufiger auf ( $\chi^2= 0,377$ ; df= 1; p= 0,539). 63,5% (n=33) der Patienten ohne Geburtskomplikationen zeigten einen pathologischen EEG-Befund. Dem gegenüber standen 70,4% (n=19) der Patienten mit Komplikationen und einem pathologischen EEG. Ebenso konnte keine Abhängigkeit zwischen Entwicklungsverzögerungen und einem pathologischen EEG nachgewiesen werden ( $\chi^2= 2,123$ ; df= 1; p= 0,145). 76,9%

(n=20) der Kinder ohne Entwicklungsverzögerungen und 60,4% (n=32) mit Retardierungen wiesen pathologische EEG auf.

### III.3.8 Medikamentengabe

Ohne nähere Angabe der speziellen Wirkstoffe erhielten 19,8% (n=22) der Patienten Medikamente ( $n_{\text{gesamt}}=111$ ). Die Medikamentengabe erfolgte unabhängig von Geschlecht ( $\chi^2= 1,805$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,179$ ), Gruppenzugehörigkeit ( $\chi^2= 3,960$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,068$ ) und Intelligenzquotienten ( $\chi^2= 0,994$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,319$ ) und hatte auch keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg ( $\chi^2= 0,054$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,815$ ) und die Aufenthaltsdauer ( $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(keine Medikamente)}}= 64,21$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(keine Medikamente)}}= 66,762$ ;  $Mw_{\text{Aufenthaltsdauer(Medikamentengabe)}}= 90,00$ ;  $s_{\text{Aufenthaltsdauer(Medikamentengabe)}}= 105,020$ ;  $t= -1,432$ ;  $df= 109$ ;  $p= 0,155$ )

Dabei wurden 23,3% der intelligenzgeminderten Kinder, 27,8% der Patienten mit Entwicklungsrückstand, 41,7% der Patienten mit abnormer kindlicher Persönlichkeit und ein Fall der Trichotillomanie medikamentös behandelt.

**Tab. 5: Übersicht über die Gabe von Medikamenten innerhalb der Kategorien Geschlecht, Gruppe, Behandlungserfolg und IQ; (% von Gesamtmenge)**

		Medikamentengabe	
		Medikamente erhalten	keine Medikamente erhalten
<b>Geschlecht</b>	weiblich	8 (7,2%)	20 (18,0%)
	männlich	14 (12,6%)	69 (62,2%)
<b>Gruppe</b>	nicht-fremdplatziert	22 (19,8%)	75 (67,6%)
	Fremdplatzierung	0 (0,0%)	14 (12,6%)
<b>Behandlungserfolg</b>	kein Erfolg	13 (11,7 %)	55 (49,5%)
	Erfolg	9 (8,1%)	34 (30,6%)
<b>IQ</b>	normalintelligent	7 (6,5%)	39 (36,4%)
	Intelligenzminderung	14 (13,1%)	47 (43,9%)

### III.3.9 Behandlungserfolg

In 39,7% (n=46) der Behandlungen war ein Erfolg zu verzeichnen. Diese Angabe kann noch in eine deutliche Besserung mit 23,3% (n=27) und eine leichte Besserung mit 16,4% (n=19) differenziert werden. Keine Veränderungen in der Behandlung waren bei 56,9% (n=66) der Fälle zu verzeichnen. Bei 3,4% (n=4) konnte keine konkrete Aussage zum Behandlungserfolg gemacht werden ( $n_{\text{gesamt}}=116$ ).

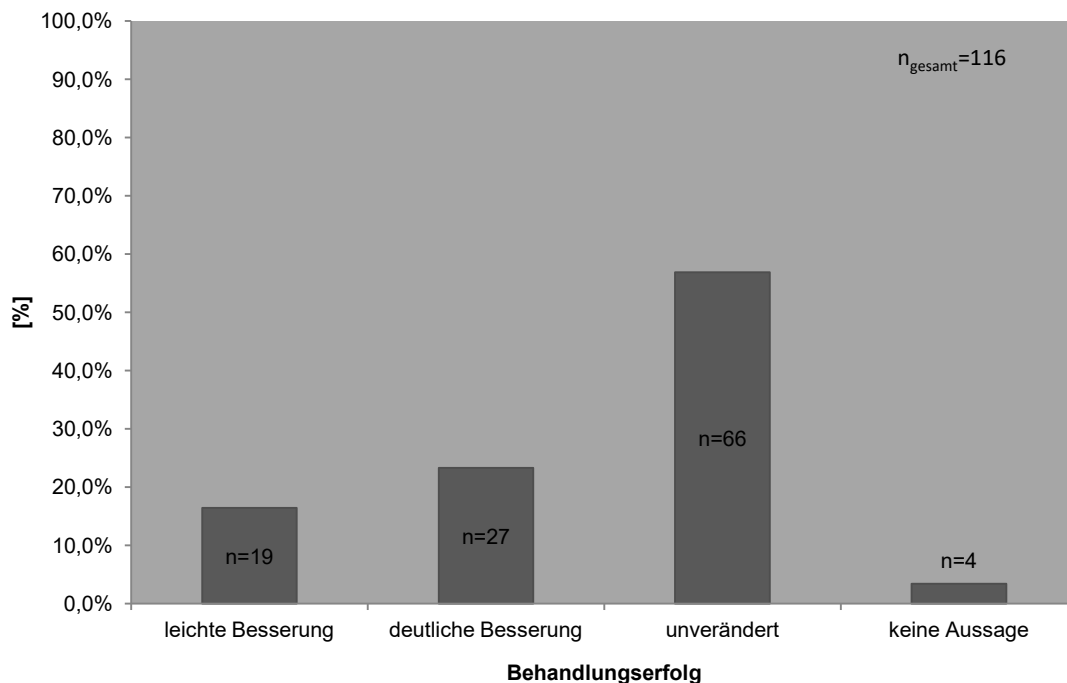


Abb. 9: Behandlungserfolg der Patienten

#### III.3.9.1 Behandlungserfolg und Geschlecht

Bei 37,6% (n=32) der Jungen und 45,2% (n=14) der Mädchen konnte ein Behandlungserfolg verzeichnet werden. Dabei waren auf der Seite der Mädchen 19,4% (n=6) mit einer deutlichen Besserung und 25,8% (n=8) mit leichter Besserung. Unverändert blieben 45,2% (n=14). Bei den Jungen zeigten sich 24,7% (n=21) mit deutlicher Besserung und 12,9% (n=11) mit leichter Besserung; keine Veränderung war bei 61,2% (n=52) der Jungen zu verzeichnen. Die Kategorie „deutliche Besserung“ und „leichte Besserung“ wurde zur Analyse zu einer Variablen zusammengefasst. Ebenso wurde „keine Veränderung“ und „nicht beurteilbar“ zu der Variable „kein Behandlungserfolg“ zugeordnet. Die Analyse dieser beiden Variablen mit dem jeweiligen Geschlecht zeigte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Behandlungserfolg ( $\chi^2= 0,536$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,464$ ).

### *III.3.9.2 Behandlungserfolg und Alter*

Bezüglich der Untersuchung des Behandlungserfolges in Abhängigkeit vom Alter wurden die möglichen Kriterien „keine Veränderung“ und „nicht beurteilbar“ beziehungsweise „leichte Besserung“ und „deutliche Besserung“ zu jeweils einer Kategorie zusammengefasst und analysiert. Dabei ergab sich kein Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und Alter. Die Kinder, die eine leichte oder deutliche Besserung aufwiesen, waren im Mittel 8,15 Jahre alt, während kein Behandlungserfolg bei Kindern auftrat, die im Mittel 7,91 Jahre alt waren. ( $Mw_{Beh.erfolg} = 8,15$ ;  $s_{Beh.erfolg} = 3,333$ ;  $Mw_{Verschlechterung/keine\ Änderung} = 7,91$ ;  $s_{Verschlechterung/keine\ Änderung} = 3,217$ ;  $t = 0,407$ ;  $df = 114$ ;  $p = 0,685$ )

### *III.3.9.3 Behandlungserfolg und Fremdplatzierung*

Innerhalb der Gruppen bezüglich Fremdplatzierung zeigte der Großteil keinen Behandlungserfolg auf. So sprachen bei den Nicht- Fremdplatzierten 57,4% ( $n=58$ ) und bei den Fremdplatzierten 80,0% ( $n=12$ ) nicht auf eine Therapie an. Dagegen wiesen 16,8% ( $n=17$ ) innerhalb der Nicht-Fremdplatzierten eine leichte, 25,7% ( $n=26$ ) eine deutliche Besserung auf. Bei den Fremdplatzierten konnte bei 13,3% ( $n=2$ ) eine leichte und bei 6,7% ( $n=1$ ) eine deutliche Besserung erzielt werden. Damit ergab sich nach Zusammenfassung der Kategorien „deutliche“ und „leichte Besserung“ bzw. „nicht beurteilbar“ und „keine Veränderung“ zu je einem Kriterium- keine signifikante Beziehung zwischen dem Behandlungserfolg und der Gruppe ( $\chi^2 = 2,781$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,156$ ).

### *III.3.9.4 Behandlungserfolg und IQ*

Zur Analyse wurden die Kriterien „vorhandene Intelligenzminderung“, „normaler IQ“, „Behandlungserfolg“ und „kein Behandlungserfolg“ herangezogen. Dabei wurden alle Patienten mit Intelligenzminderung zu einer Variablen zusammengefasst. Bezüglich des Behandlungserfolges wurde- wie bereits beschrieben- ähnlich vorgegangen und nicht zwischen „leichter“ und „deutlicher Besserung“ unterschieden.

Während bei normalem IQ 55,3% ( $n=26$ ) keinen Behandlungserfolg aufwiesen, waren es bei Intelligenzminderung 64,6% ( $n=42$ ). So verteilten sich die Anteile ohne Behandlungserfolg mit 38,2% auf die normalintelligenten und mit 61,8% auf intelligenzgeminderte Kinder. Erfolgreiche Behandlungen wiesen 47,7% ( $n=21$ ) der

normalintelligenten und 52,3% (n=23) der intelligenzgeminderten Kinder auf. Generell ist der Behandlungserfolg vom IQ als unabhängig zu betrachten ( $\chi^2= 0,988$ ; df= 1; p= 0,320).

#### *III.3.9.5 Behandlungserfolg und Geburtsverlauf*

Dass etwaige Komplikationen während der Geburt einen Einfluss auf den späteren Behandlungserfolg haben, konnte nicht festgestellt werden ( $\chi^2=1,191$ ; df=1; p=0,275). Dabei wurden alle aufgetretenen Komplikationen zu einer Kategorie zugeordnet. Die andere Kategorie wurde mit „keine Geburtskomplikationen“ beschrieben. Bei bekannten vorangegangenen Geburtskomplikationen waren bei 12 Patienten (31,6%) die Behandlungen erfolgreich und bei 26 (68,4%) nicht erfolgreich. 42,3% (n=30) derer ohne Komplikationen wiesen eine erfolgreiche Behandlung auf. Insgesamt verteilte sich der Behandlungserfolg zu 71,4% (n=30) auf keine bekannten Komplikationen und zu 28,6% (n=12) auf bekannte Komplikationen. Im Gegensatz dazu lag der Hauptanteil von fehlendem Behandlungserfolg mit 61,2% (n=41) bei denjenigen Patienten ohne Komplikationen.

#### *III.3.9.6 Behandlungserfolg und Entwicklungsverzögerungen*

Im Folgenden wurde lediglich zwischen den Kriterien „vorhandene Entwicklungsverzögerung“ und „normale Entwicklung“ sowie „Behandlungserfolg“ und „kein Behandlungserfolg“ differenziert. Störungen in der Entwicklung gingen nicht signifikant häufiger einher mit fehlenden Behandlungserfolgen. 40,3% (n=29) der Patienten mit bekannten Entwicklungsverzögerungen zeigten einen Behandlungserfolg auf, wohingegen 34,3% (n=12) der Patienten ohne Entwicklungsverzögerungen einen Behandlungserfolg aufwiesen ( $\chi^2= 0,358$ ; df= 1; p= 0,550).

**Tab. 6: Übersicht über den Behandlungserfolg in Abhängigkeit einzelner Kategorien (BE= Behandlungserfolg; GK= Geburtskomplikationen; ER= Entwicklungsretardierungen)**

			kein BE	BE
<b>Gruppe</b>	keine Fremdplatzierung	Anzahl	58	43
		% in Gruppe	57,4	42,6
		% in Behandlungserfolg	82,9	93,5
	Fremdplatzierung	Anzahl	12	3
		% in Gruppe	80,0	20,0
		% in Behandlungserfolg	17,1	6,5
<b>Geschlecht</b>	weiblich	Anzahl	17	14
		% in Geschlecht	54,8	45,2
		% in Behandlungserfolg	24,3	30,4
	männlich	Anzahl	53	32
		% in Geschlecht	62,4	37,6
		% in Behandlungserfolg	75,7	69,6
<b>GK</b>	keine Komplikationen	Anzahl	41	30
		% in Geburtskomplikationen	57,5	42,3
		% in Behandlungserfolg	61,2	71,4
	Komplikationen	Anzahl	26	12
		% in Geburtskomplikationen	68,4	31,6
		% in Behandlungserfolg	38,8	28,6
<b>ER</b>	keine Retardierungen	Anzahl	23	12
		% in Entwicklungsretardierungen	65,7	34,3
		% in Behandlungserfolg	34,8	29,3
	Retardierungen	Anzahl	43	29
		% in Entwicklungsretardierungen	59,7	40,3
		% in Behandlungserfolg	65,2	70,7
<b>IQ</b>	IQ > 70	Anzahl	26	21
		% in IQ	55,3	44,7
		% in Behandlungserfolg	38,2	47,7
	IQ ≤ 70	Anzahl	42	23
		% in IQ	64,6	35,4
		% in Behandlungserfolg	61,8	52,3



## **III.4 Sonstige Befunde**

### **III.4.1 Verhaltensstörungen**

29,7% (n=35) der erfassten Patienten zeigten expansive Verhaltensstörungen. Diese verteilten sich zu 21,2% (n= 25) auf Störungen des Sozialverhaltens, zu 10,1% (n= 11) auf Störungen der Aufmerksamkeit und der Konzentration und zu 6,7% (n=8) auf Störungen des Sozialverhaltens und der Emotion.

Es gab 35,2% (n=19) kombinierte Störungen, davon in 2 Fällen drei benannte Störungen. In 21,0% der Fälle (n=4) war die häufigste Kombination Aggression und Unruhe, es folgte Aggression und Stehlen zu 15,8% (n=3). Hypermotorik und Konzentrationsstörungen kamen ebenso häufig vor wie Aggression und Konzentrationsstörungen (10,5%; n=2) ( $n_{\text{gesamt}} = 118$ ).

### **III.4.2 Aggression**

Bei 14,4% (n=17) der Kinder wurde aggressives Verhalten festgestellt.

Dabei zeigten 13,8% der Mädchen (n=4) und 14,6% der Jungen (n=13) aggressives Verhalten. Es ist daher zu schlussfolgern, dass das Geschlecht auf resultierendes aggressives Verhalten keinen Einfluss hatte ( $\chi^2=0,012$ ;  $df=1$ ;  $p=0,592$ ).

#### **III.4.2.1 Aggression und Fremdplatzierung**

Zwar war der Anteil der Fremdplatzierten mit aggressivem Verhalten höher (20,0%; n=3) als bei den Nicht-Fremdplatzierten (13,6%; n=14), dies jedoch nicht signifikant. Es zeigte sich daher keine Abhängigkeit zwischen Gruppen und dem Auftreten von Aggression ( $\chi^2= 0,436$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,452$ ).

#### **III.4.2.2 Aggression und Alter**

Das Alter derjenigen Kinder mit bzw. ohne Aggression war im Mittel relativ ähnlich. Es ergab sich daher kein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Auftreten von Aggression ( $Mw_{\text{keine Aggression}} = 7,98$ ;  $s_{\text{keine Aggression}} = 3,271$ ;  $Mw_{\text{Aggression}} = 7,94$ ;  $s_{\text{Aggression}} = 2,904$ ;  $t= 0,046$ ;  $df= 116$ ;  $p= 0,963$ ).

### III.4.2.3 Aggression und IQ

Dass eine Intelligenzminderung Einfluss auf die Symptomatik „Aggression“ hat, konnte nicht gezeigt werden ( $\chi^2=2,799$ ;  $df=1$ ;  $p=0,094$ ). Der Anteil der normalintelligenten Patienten mit Aggressionen (23,3%;  $n=10$ ) war höher als der Anteil der intelligenzgeminderten Kinder (11,1%;  $n=7$ ).

### III.4.3 Hypermotorik

#### III.4.3.1 Hypermotorik und Geschlecht

5,9% ( $n=7$ ) der Kinder wiesen unruhiges Verhalten auf.

Das Auftreten von Unruhe war unabhängig vom Geschlecht und zeigte sich mit ähnlicher Verteilung ( $\chi^2= 0,064$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,550$ ). Es war festzustellen, dass anteilig mehr Mädchen (6,9%;  $n=2$ ) Unruhe zeigten als Jungen (5,6%;  $n=5$ ).

#### III.4.3.2 Hypermotorik und Fremdplatzierung

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Gruppe und Unruhe ( $\chi^2= 6,094$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,043$ ).

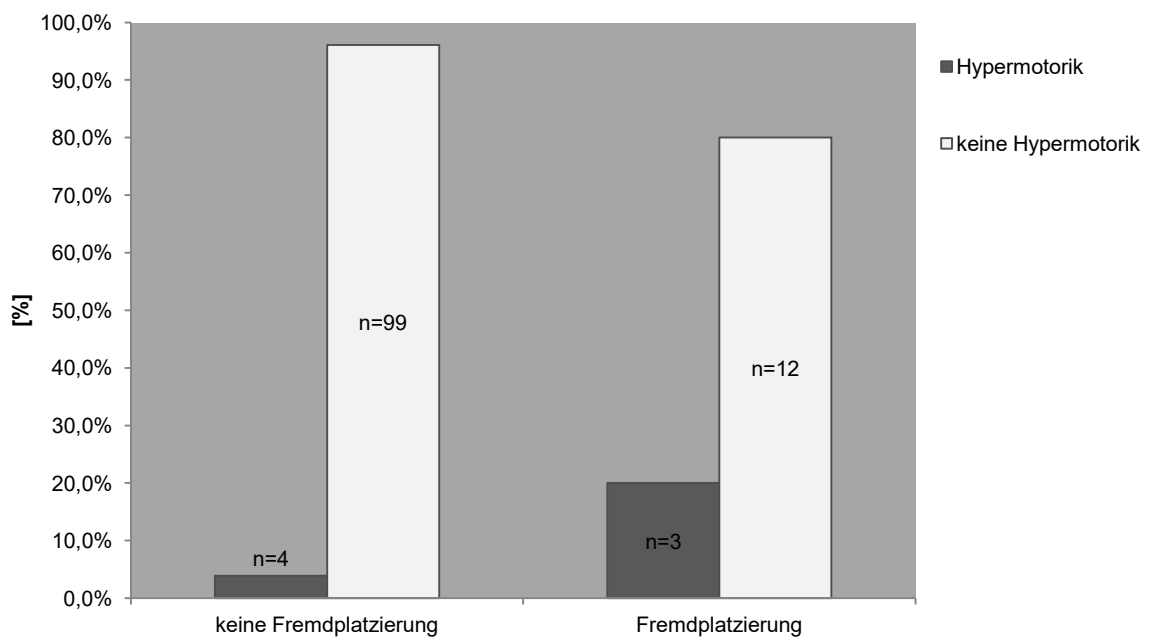


Abb. 10: Hypermotorik innerhalb der Gruppen

Dabei war in der Gruppe der Fremdplatzierten der Anteil an Hypermotorik mit 20,0% (n=3) höher als in der Gruppe der Nicht- Fremdplatzierten (3,9%; n=4). Ebenso war das Fehlen von Hypermotorik in der Gruppe der Nicht-Fremdplatzierten (89,2%; n=99) deutlich höher als in der Gruppe der Fremdplatzierten (n=12; 10,8%).

#### *III.4.3.3 Hypermotorik und Alter/IQ*

Bezüglich des Alters gab es keine Abhängigkeit zwischen Auftreten von Unruhe und zunehmenden Alter. Patienten mit der Symptomatik „Unruhe“ bzw. „keine Unruhe“ waren durchschnittlich 8 Jahre alt ( $Mw_{\text{keine Unruhe}} = 7,96$ ;  $s_{\text{keine Unruhe}} = 3,228$ ;  $Mw_{\text{Unruhe}} = 8,14$ ;  $s_{\text{Unruhe}} = 3,132$ ;  $t = 0,142$ ;  $df = 116$ ;  $p = 0,887$ ).

Unruhe ging nicht einher mit einem IQ unterhalb von 70 ( $\chi^2 = 0,015$ ;  $df = 1$ ;  $p = 1$ ).

#### **III.4.4 Konzentrationsstörungen**

##### *III.4.4.1 Konzentrationsstörungen und Geschlecht*

6,8% (n=8) der Patienten zeigten Konzentrationsstörungen. Es gab zwar keine Angaben über Mädchen mit Unkonzentriertheit, wohingegen 8 Jungen unkonzentriertes Verhalten zeigten (entspricht 9,0% der Jungen), dennoch zeigte sich, dass die Unkonzentriertheit nicht vom Geschlecht abhängig ist ( $\chi^2 = 2,796$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,097$ ).

##### *III.4.4.2 Konzentrationsstörungen und Fremdplatzierung*

Im Gruppenvergleich zeigte sich eine gleichmäßige Verteilung von Unkonzentriertheit bei den Fremdplatzierten und Nicht-Fremdplatzierten. Demnach wiesen 5,8% der nicht-fremdplatzierten Kinder (n=6) und 13,3% (n=2) der Fremdplatzierten Unkonzentriertheit auf. Es ergab sich daher kein Zusammenhang zwischen dieser Verhaltensauffälligkeit und der Gruppe ( $\chi^2 = 1,168$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,269$ ).

#### *III.4.4.3 Konzentrationsstörungen und Alter*

Es war außerdem kein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Auftreten von Unkonzentriertheit feststellbar ( $Mw_{\text{keine Unkonzentriertheit}} = 7,95$ ;  $s_{\text{keine Unkonzentriertheit}} = 3,262$ ;  $Mw_{\text{Unkonzentriertheit}} = 8,38$ ;  $s_{\text{Unkonzentriertheit}} = 2,504$ ;  $t = 0,364$ ;  $df = 116$ ;  $p = 0,716$ ).

#### *III.4.4.4 Konzentrationsstörungen und IQ*

Die Unkonzentriertheit zeigte keine Abhängigkeit mit einem geminderten IQ ( $\chi^2 = 0,034$ ;  $df = 1$ ;  $p = 1$ ). 7,9% der intelligenzgeminderten ( $n = 5$ ) und 7,0% der normalintelligenten ( $n = 3$ ) Kinder zeigten unkonzentriertes Verhalten.

### **III.4.5 Stehlen**

#### *III.4.5.1 Stehlen und Geschlecht*

Stehlen trat bei 8,5% ( $n = 10$ ) der Patienten auf. Dabei gab es keinen Zusammenhang, der eine Verbindung dieses Verhaltens mit dem Geschlecht aufwies ( $\chi^2 = 0,123$ ;  $df = 1$ ;  $p = 1,00$ ). Stehlen trat bei 6,9% ( $n = 2$ ) der Mädchen und 9,0% ( $n = 8$ ) der Jungen auf.

#### *III.4.5.2 Stehlen und Fremdplatzierung*

Auch die Verteilung innerhalb der Gruppe war relativ gleichmäßig, sodass statistisch keine signifikante Abhängigkeit zwischen Gruppe und Stehlen bestand ( $\chi^2 = 2,943$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,115$ ). Der Anteil von Stehlen bei den fremdplatzierten Kindern lag allerdings mit 13% ( $n = 3$ ) über dem der nicht-fremdplatzierten mit 4,8% ( $n = 7$ ).

#### *III.4.5.3 Stehlen und Alter*

Es zeigte sich, dass mit zunehmendem Alter die Häufigkeit von Stehlen signifikant zunahm. So waren Kinder, die gestohlen haben, fast 3 Jahre älter ( $Mw_{\text{kein Stehlen}} = 7,77$ ;  $s_{\text{kein Stehlen}} = 3,089$ ;  $Mw_{\text{Stehlen}} = 10,20$ ;  $s_{\text{Stehlen}} = 3,795$ ;  $t = -2,335$ ;  $df = 116$ ;  $p = 0,021$ ).

#### III.4.5.4 Stehlen und IQ

Normalintelligente Kinder stahlen häufiger als Kinder mit gemindertem IQ ( $\chi^2 = 3,968$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,086$ ), dies aber nicht signifikant. 70% ( $n=7$ ) der Kinder, die gestohlen haben, waren normalintelligent.

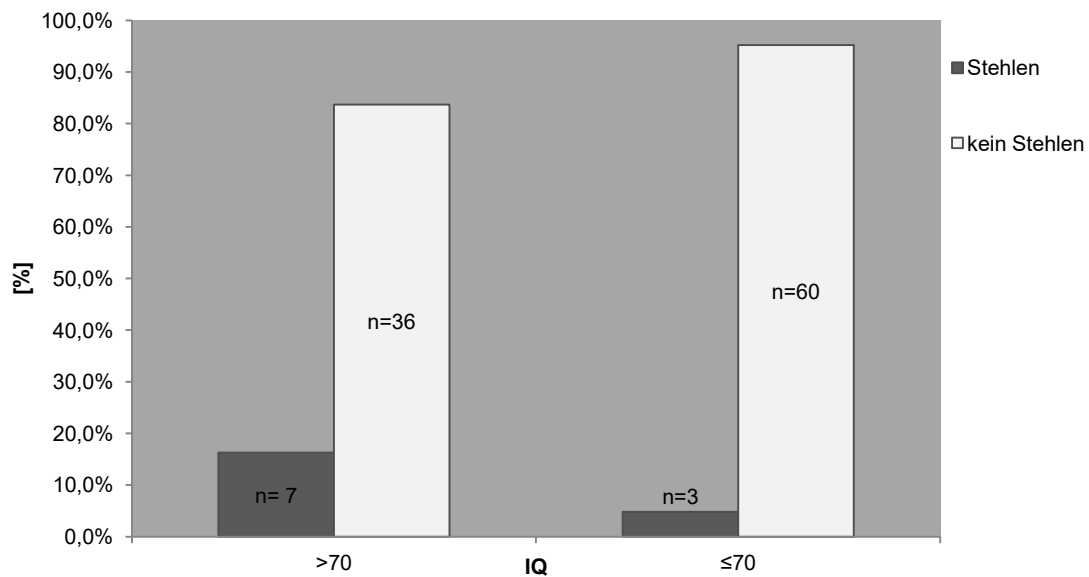


Abb. 11: Auftreten von Stehlen, betrachtet nach IQ

#### III.4.6 Missbrauch durch die Eltern

Bei 4,2% ( $n=5$ ) der Patienten war ein Missbrauch durch die Eltern-meist durch den Vater- bekannt. Dabei war kein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und Auftreten von Missbrauch ersichtlich ( $\chi^2 = 0,670$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,595$ ). Dabei erfolgten Übergriffe auf 6,9% ( $n=2$ ) der Mädchen und 3,4% ( $n=3$ ) der Jungen. Auch die Gruppenzugehörigkeit ergab keinen Schluss für das Auftreten von Missbrauch ( $\chi^2 = 0,250$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,500$ ). Dabei waren 6,7% ( $n=1$ ) der fremdplatzierten und 3,9% ( $n=4$ ) der nicht-fremdplatzierten Kinder betroffen. Dass mit zunehmendem Alter mehr Missbrauch durch die Eltern vorkam, konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden ( $Mw_{\text{kein Missbrauch}} = 7,99$ ;  $s_{\text{kein Missbrauch}} = 3,258$ ;  $Mw_{\text{Missbrauch}} = 7,60$ ;  $s_{\text{Missbrauch}} = 1,949$ ;  $t = 0,266$ ;  $df = 116$ ;  $p = 0,791$ ).

## III.5 Diagnosen

### III.5.1 Erstdiagnosen nach ICD-10

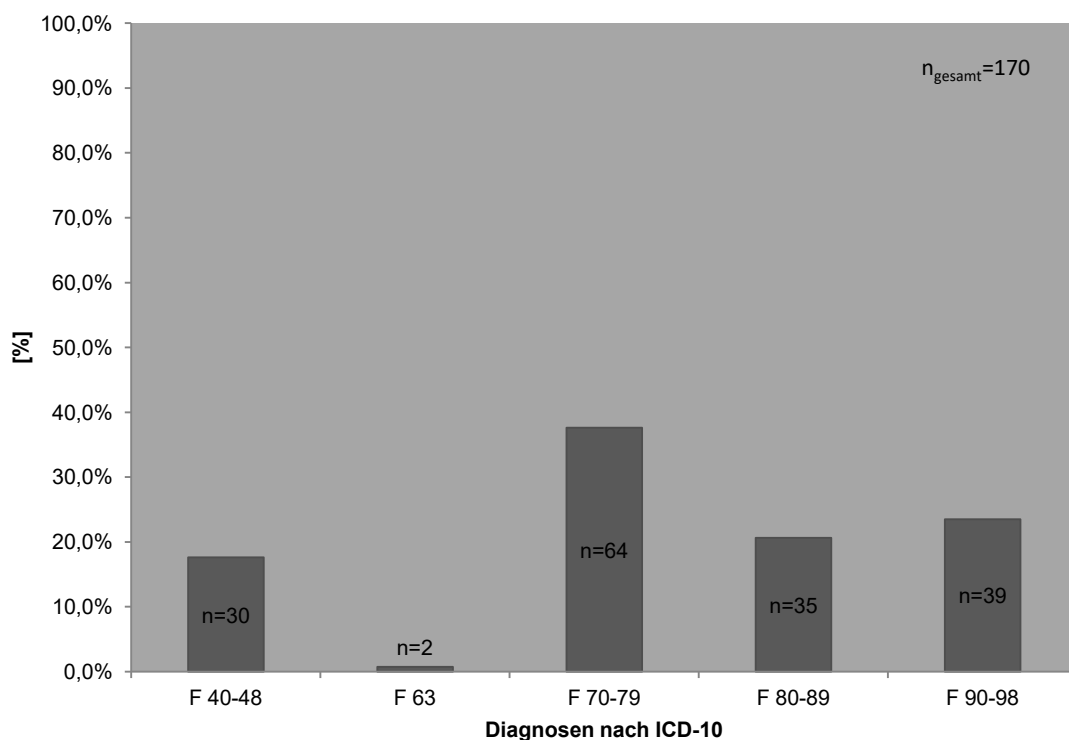
Um die Diagnosen besser zusammenfassen und vergleichen zu können, wurden sie nach der heute üblichen ICD-10 Klassifikation eingeteilt. Das damals vorhandene ICD 6-System wies im psychiatrischen Bereich noch nicht viele Differenzierungen auf. Im Jahr 1960 gängige Diagnosen, wie „Milieuschädigung“ oder „Schwererziehbarkeit“ finden sich im heutigen ICD-10-System nicht mehr und wurden zur Realisierung des Vergleiches in die passende Kodierung eingefügt. Nachfolgende Tabelle stellt die Zuordnung dar (Remschmidt 2002).

Tab. 7: Modifikation der Diagnosen 1960 zur ICD-10-Klassifikation

ICD10-Klassifikation	Zuordnung der Diagnose
F40- 48: neurotische, Belastungs-und somatoforme Störungen	<ul style="list-style-type: none"><li>- abnorme Erlebnisreaktion</li><li>- abnorme kindliche Persönlichkeit</li><li>- Psychogene Reaktion (Zustand nach Gewalt durch den Vater)</li></ul>
F 70- 79: Intelligenzstörung	<ul style="list-style-type: none"><li>- Imbezillität</li><li>- Debilität</li><li>- Idiotie</li><li>- Schwachsinn</li></ul>
F 80-89: Entwicklungsstörungen	<ul style="list-style-type: none"><li>- leichter Entwicklungsrückstand</li><li>- Schreib-Leseschwäche</li><li>- Sprachentwicklungsrückstand</li><li>- Autismus</li></ul>
F 90-98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	<ul style="list-style-type: none"><li>- Stottern, Stammeln</li><li>- Enuresis</li><li>- Masturbation</li><li>- Tic-Störung</li><li>- Milieuschädigung</li><li>- Mutismus</li><li>- Schwererziehbarkeit</li><li>- Erziehungsschwierigkeiten</li></ul>
F 63	<ul style="list-style-type: none"><li>- Trichotillomanie</li></ul>
F 20-29: Schizophrenie	<ul style="list-style-type: none"><li>- Schizophrenie</li></ul>

Den größten Anteil der Erstdiagnosen machten Intelligenzstörungen F70-79 mit 37,6% (n=64) aus. Nachfolgend sind F80-89 Diagnosen mit 20,6% (n=35) und F90-98 mit 23,5% (n=40). An vierter Stelle stehen die Diagnosen F40-48 mit 17,6% (n=30). Es gab zwei Fälle von Trichotillomanie (F 63). Das Diagramm soll die Verteilung der Diagnosen nach ICD-10 verdeutlichen.

Es wurden bis zu drei Diagnosen im Aufnahmebogen vermerkt. Nur eine Diagnose wurde in 71,2% der Fälle vergeben. Zwei Diagnosen machten einen Anteil von 23,5% und drei Diagnosen von 5,3% aus.



**Abb. 12: Diagnoseverteilung nach ICD-10**

**Tab. 8: Absolute und relative Häufigkeiten der Erstdiagnosen 1960**

Diagnose	Häufigkeit	[%]
Intelligenzminderung	64	37,1
Entwicklungsrückstand	25	14,7
abnorme kindliche		
Persönlichkeit	21	12,4
Milieuschädigung	19	11,2
Stottern/Schreib-Leseschwäche	8	4,7
Enuresis	6	3,5
Mutismus/Abnorme Erlebnisreaktion	4	2,4
Erziehungsschwierigkeiten/		
Schwererziehbarkeit/ Trichotillomanie	2	1,2
Psychogene Reaktion/ Pavor nocturnus/		
Autismus/ Tic-Störung/ Masturbieren	1	0,6

### **III.5.2 Zweitdiagnose**

16,7% (n=9) der vergebenen Zweitdiagnosen stellte eine Milieuschädigung dar. Ebenfalls in 16,7% (n=9) wurde Stottern als Begleiterkrankung aufgeführt. In 11,1% (n=6) wurden frühkindliche Hirnschädigung bzw. Schwerhörigkeit als Zweitdiagnose angegeben. Erziehungsschwierigkeiten machten einen Anteil von 9,3% (n=5) und Entwicklungsrückstände von 5,6% (n=3) aus. Epilepsie mit 7,4% (n=4) wurde auch als Zweitdiagnose angeführt.

### **III.5.3 Intelligenzminderung (F 70-79) als Erstdiagnose**

Das Geschlechtsverhältnis der Intelligenzminderung betrug weiblich zu männlich 1: 2,2. Das Milieu ist als unabhängiger Faktor zu Intelligenzminderungen zu betrachten ( $\chi^2=1,878$ ;  $df=1$ ;  $p=0,171$ ). Medikamente wurden nicht signifikant häufiger bei Intelligenzminderung verabreicht ( $\chi^2= 0,388$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,533$ ). Aufgrund lückenhafter Aktenvermerke beziehen sich nachfolgende Angaben nur auf die jeweilige Gesamtzahl vorhandener Daten (ohne missings). Dabei wurden 22,7% (n=10) der Patienten mit Erstdiagnose Intelligenzminderung medikamentös behandelt ( $n_{\text{gesamt}}=44$ ). Die meisten Patienten waren zwischen 6 und 9 Jahren alt (n= 32; 50%).

Nach stationärer Behandlung wurden 33,3% (n=4) direkt in ein Heim überwiesen; bei weiteren 33,3% wurde eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen und bei 16,7% (n=2) eine Heimeinweisung geplant.



21,0% (n=10) der Patienten zeigten Störungen des Verhaltens, 19,0% (n=9) Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen und 6,4% Störungen des Verhaltens und der Emotion (n=3). Aggressives Verhalten fiel bei 14,9% auf (n=7), Hypermotorik bei 8,5% (n=4) und Konzentrationsstörungen bei 10,6% (n=5). 8,5% (n=4) fielen nach einer Infektion symptomatisch auf. Intelligenzgeminderte Patienten wurden durchschnittlich 56,39 Tage (+/- 53,151) behandelt, wobei minimal 4 und maximal 306 Behandlungstage nötig waren.

#### ***III.5.4 IQ und Diagnosen***

Bei den Patienten mit schwerer Intelligenzminderung war diese auch in allen Fällen die Erstdiagnose (n=2). Die Patienten mit mittlerer Intelligenzminderung hatten in 82,6% (n=19) der Fälle auch die Intelligenzminderung als Erstdiagnose, in 13% (n=3) einen Entwicklungsrückstand und in 4,3% (n=1) eine abnorme kindliche Persönlichkeit.

Bezüglich einer leichten Intelligenzminderung wurde diese in 61,8% (n=34) der Fälle als Erstdiagnose aufgeführt, während 12,7% (n=7) einen Entwicklungsrückstand als Erstdiagnose erhielten. Die übrigen Patienten mit leichter Intelligenzminderung wiesen eine Milieuschädigung (7,3%; n=4), Mutismus (3,6%; n=2), Schwererziehbarkeit, Trichotillomanie, massives Masturbieren, Stottern, abnorme kindliche Persönlichkeit, Erziehungsschwierigkeiten, Schreib-Leseschwäche und Enuresis (jeweils 1,8%; n=1) auf.

#### ***III.5.5 Diagnose und Gruppe***

35,3% (n=6) der fremdplatzierten Kinder wiesen eine Intelligenzminderung, 29,4% (n=5) eine Milieuschädigung und 17,6% (n=3) eine Schreib-Leseschwäche auf. Schwererziehbarkeit und eine abnorme kindliche Persönlichkeit als Erstdiagnose konnte bei jeweils 5,9% (n=1) festgestellt werden. Zur Erstellung eines Gutachtens wurden weitere 5,9% der fremdplatzierten Kinder eingewiesen.

Der Großteil der nicht-fremdplatzierten Kinder zeigte ebenfalls eine Intelligenzminderung (37,3%; n=57). 13,1% (n=20) zeigten eine abnorme kindliche Persönlichkeit, 16,3% (n=25) einen Entwicklungsrückstand. Mit 9,2% (n=14) folgten milieugeschädigte Kinder. Die übrigen Anteile verteilen sich auf weitere Diagnosen.

### ***III.5.6 Erstdiagnosen und Behandlungserfolg***

Unter den Erstdiagnosen zeigte der Entwicklungsrückstand in 22,2% (n=6) eine deutliche Besserung, in 15,8% (n=3) eine leichte Besserung und in 13,6% (n=9) keine Veränderung. Deutliche Besserungen zeigten sich außerdem häufig bei der Enuresis (14,8%; n=4) sowie beim Stottern (11,1%; n=3). Unverändert blieben vor allem die Intelligenzminderung (51,5%; n=34), die Milieuschädigung (16,7%; n=11) und die abnorme kindliche Persönlichkeit (13,6%; n=9).

### ***III.5.7 Diagnosen und psychiatrische Erkrankung der Eltern***

Bezüglich mehrfach vorkommender Diagnosen hinsichtlich der Klientel war vor allem die abnorme kindliche Persönlichkeit auffällig. Bei 45,5% (n=5) der Kinder mit abnormer kindlicher Persönlichkeit war auch eine psychiatrische Erkrankung der Mutter bekannt.

37,5% (n=3) der Kinder mit abnormer kindlicher Persönlichkeit und 35,7% (n=5) der milieugeschädigten Kinder hatten einen Vater mit bekannter psychiatrischer Erkrankung.

### ***III.5.8 Diagnose und EEG***

In 75,8% (n=25) der Fälle trat eine Intelligenzminderung in Verbindung mit einem pathologischen EEG auf und war damit mit 44,6% auch die häufigste Diagnose mit einem pathologischem EEG. Entwicklungsrückstand mit 16,1% (n=9), Milieuschädigung mit 12,5% (n=7) und abnorme kindliche Persönlichkeit mit einem Anteil von 12,5% (n=7) wiesen ebenfalls pathologische EEG's auf.

### ***III.5.9 Diagnose und Geschlecht***

Es ist ersichtlich, dass die meisten Diagnosen knabenwendig waren. Lediglich die Trichotillomanie, Pavor nocturnus und das exzessive Masturbieren konnten als mädchenwendig bezeichnet werden (je 100%). Der größte Anteil bei beiden Geschlechtern stellte die Intelligenzminderung als Erstdiagnose dar. 50% (n=20) aller Mädchen und 33,1% (n=43) der Jungen wiesen demnach eine Intelligenzminderung auf. Bei den Jungen stellte der Entwicklungsrückstand die zweithäufigste Diagnose

dar, wovon 16,9% (n=22) der Jungen betroffen waren. Dritthäufigste Diagnose bei den Jungen war die abnorme kindliche Persönlichkeit, welche bei 13,8% (n=18) der Jungen als Erstdiagnose vermerkt wurde. Bei den Mädchen stellten Entwicklungsrückstand und die abnorme kindliche Persönlichkeit die zweithäufigste Diagnose dar. Davon betroffen waren jeweils 7,5% (n=3). Milieuschädigung, Enuresis und Trichotillomanie waren anteilmäßig mit jeweils 5% (n=2) betroffener Mädchen auf dem dritten Platz. Generell gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Diagnose und Geschlecht ( $\chi^2= 26,973$ ; df= 17; p= 0,050).

### **III.5.10      *Diagnose und Geburtsverlauf***

Dass der Geburtsverlauf einen Einfluss auf bestimmte Diagnosen hatte, konnte nicht bestätigt werden. Es war lediglich auffallend, dass die Hälfte der Patienten, die zur Geburt asphyktisch waren, eine Intelligenzminderung aufwiesen (n=6). Jedoch waren auch 36,6% (n=26) der Patienten mit normalem Geburtsverlauf von einer Intelligenzminderung betroffen. Generell waren die Diagnosen „Intelligenzminderung“ mit 44,7% (n=17) und „abnorme kindliche Persönlichkeit“ mit 15,8% (n=6) die Krankheitsbilder, bei denen am häufigsten Geburtskomplikationen vorhergehend waren, doch keinen ersichtlichen Zusammenhang zum Krankheitsbild boten ( $\chi^2= 21,763$ ; df= 15; p= 0,071).

### **III.5.11      *Diagnose und Alter***

Der größte Anteil (46%; n=29) der Patienten mit einer Intelligenzminderung war zwischen 0 und 7 Jahren alt, gefolgt von der Altersgruppe 8 bis 10 Jahre mit 31,7% (n=20). Auch die Diagnosen Entwicklungsrückstand (60%; n=15) und Stottern (62,5%; n=5) waren vordergründig durch die Altersgruppe 0 bis 7 Jahre repräsentiert. Die abnorme kindliche Persönlichkeit wurde dominiert von der Altersgruppe 8 bis 10 Jahre mit einem Anteil von 42,9% (n=9), wobei die Schreib-Leseschwäche am meisten die 11 bis 13-jährigen betraf (50%; n=4). Pavor nocturnus, Masturbieren, Autismus und psychogene Reaktion waren aufgrund des einmaligen Auftretens jeweils mit 100% der Altersgruppe 0 bis 7 zuzuordnen.

## III.6 Familiäre Situation

### III.6.1 Familiärer Hintergrund

Fokussiert man die vorhandenen Angaben zum familiären Hintergrund, so wuchsen 64,4% (n=65) der Kinder in einer Familie mit ihren leiblichen Müttern und Vätern auf. Bei 14,9% (n=15) der Kinder war die Mutter alleinerziehend. In 5% (n=5) der Fälle war das Kind nicht das leibliche Kind zur Mutter, bei 4% (n=4) nicht das leibliche Kind zum Vater. 4% (n=4) der Kinder waren Adoptivkinder. Der Anteil an Heimkindern machte 5,9% (n=6) aus. Eine anderweitige Unterbringung erfolgte in 2% (n=2) der Fälle (n<sub>gesamt</sub>=101).

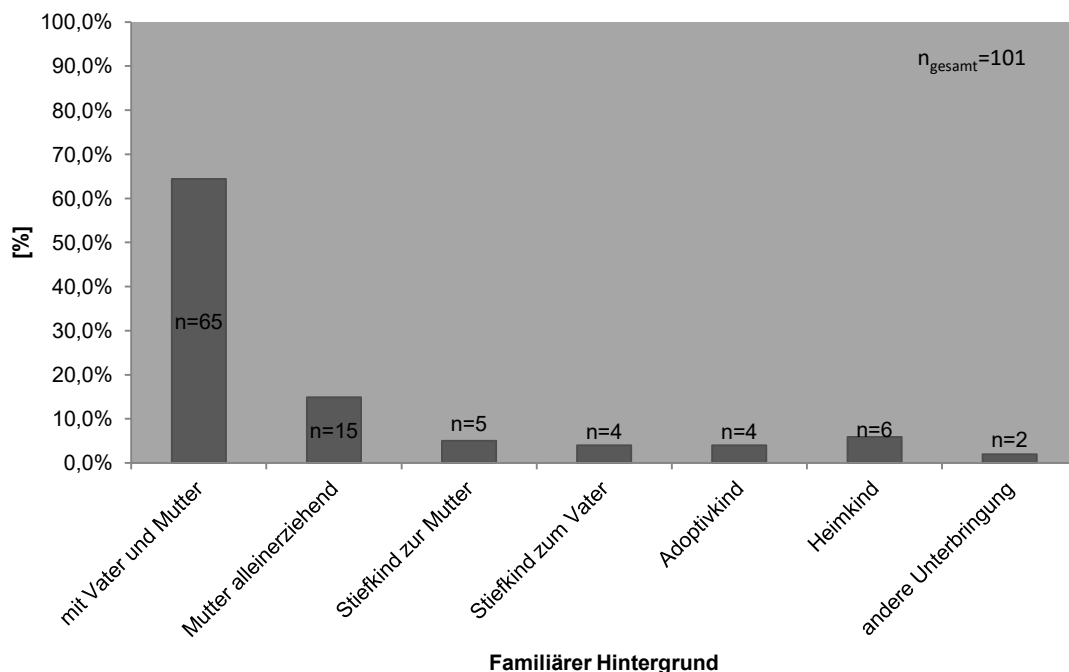


Abb. 13: Familiärer Hintergrund der Patienten

### III.6.2 Schulbildung der Eltern

Zur Schulbildung der Eltern sind wenige Angaben erfolgt. Danach ergaben sich bei den Müttern ein Anteil von 48% (n=24) mit 8.Klasse-Abschluss, 46% (n=23) mit einem 10.Klasse-Abschluss und 6% (n=3) mit Abitur (n<sub>gesamt</sub>=50). Die Väter hatten überwiegend einen Abschluss der 10.Klasse (56,5%:n=26), 30,4% (n=14) konnten einen 8.Klasse-Abschluss vorweisen und 13% (n=6) das Abitur (n<sub>gesamt</sub>=46).

### **III.6.3 Berufsausbildung**

Die Berufsausbildung betreffend gab es nur wenige Angaben- zur Berufsausbildung der Mutter gab es 48; zu der des Vaters 47 Vermerke. Es waren jeweils 45,8% (n=22) der Mütter ohne Berufsausbildung oder Facharbeiter. 8,3% (n=4) besaßen einen Fachschul- oder Hochschulabschluss. Bei den Vätern überwog der Anteil der Facharbeiter (68,1%; n=32); keine Berufsausbildung konnte bei 19,1% (n=9) und ein Fach-oder Hochschulabschluss bei 12,8% (n=6) verzeichnet werden.

### **III.6.4 Berufstätigkeit der Eltern**

65,4% (n=51) der Mütter waren berufstätig. Demnach entsprach der Anteil der nicht-berufstätigen Mütter 34,6% (n=27;  $n_{\text{gesamt}} = 78$ ). Hingegen war der Anteil berufstätiger Väter mit 94,7% (n=71) deutlich größer ( $n_{\text{gesamt}} = 75$ ).

#### **III.6.4.1 Ausbildung der Eltern und Patientenalter**

Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Alter der Patienten und Berufstätigkeit der Mutter ( $Mw_{\text{nicht berufstätig}} = 7,26$ ;  $s_{\text{nicht berufstätig}} = 3,169$ ;  $Mw_{\text{berufstätig}} = 7,78$ ;  $s_{\text{berufstätig}} = 3,306$ ;  $t = 0,677$ ;  $df = 76$ ;  $p = 0,501$ ).

Allerdings ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Patientenalter und Berufstätigkeit der Väter ( $Mw_{\text{nicht berufstätig}} = 11,25$ ;  $s_{\text{nicht berufstätig}} = 5,188$ ;  $Mw_{\text{berufstätig}} = 7,56$ ;  $s_{\text{berufstätig}} = 3,134$ ;  $t = 2,211$ ;  $df = 73$ ;  $p = 0,03$ ).

#### **III.6.4.2 Ausbildung der Eltern und Fremdplatzierung**

Die Schulausbildung der Eltern kann nicht als einflussgebender Parameter bezüglich der Fremdplatzierung angegeben werden (Schulausbildung Mutter und Fremdplatzierung:  $\chi^2 = 1,138$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,825$ ; Schulausbildung Vater und Fremdplatzierung:  $\chi^2 = 1,820$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,569$ ).

Auch die Berufsausbildung (Berufsausbildung Mutter und Fremdplatzierung:  $\chi^2 = 0,382$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,858$ ; Berufsausbildung Vater und Fremdplatzierung:  $\chi^2 = 1,445$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,574$ ) und die Berufstätigkeit (Berufstätigkeit Mutter und Fremdplatzierung:  $\chi^2 = 0,108$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,522$ ; Berufstätigkeit Vater und Fremdplatzierung:  $\chi^2 = 1,226$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,330$ ) haben keinen Einfluss auf die Fremdplatzierung.

### **III.6.5 Substanzmissbrauch der Eltern**

Jeweils 1,9% (n=2) der Mütter waren alkohol- und medikamentenabhängig ( $n_{\text{gesamt}}=107$ ). Bei den Vätern wiesen 15,1% (n=16) eine Alkoholabhängigkeit und 1,9% (n=2) eine Medikamentenabhängigkeit auf ( $n_{\text{gesamt}}=106$ ).

### **III.6.6 Psychiatrische Erkrankungen der Eltern**

Bei 20,9% (n=23) der Mütter war eine psychiatrische Erkrankung bekannt; bei 0,9% (n=1) war eine psychiatrische Erkrankung der Großeltern der Patienten aufgetreten ( $n_{\text{gesamt}}=110$ ). Bei 22,9% (n=24) der Väter lag eine psychiatrische Erkrankung vor; Erkrankungen auf Ebene der Großeltern gab es bei 3,8% (n=4) und sowohl Väter als auch Großeltern waren in 1,9% (n=2) der Fälle von einer psychiatrischen Erkrankung betroffen ( $n_{\text{gesamt}}=105$ ).

Es ergab sich kein Zusammenhang zwischen Substanzmissbrauch der Mütter und der Gruppen ( $\chi^2=0,793$ ;  $df=1$ ;  $p=0,383$ ). Auch bei den Vätern war kein signifikanter Unterschied zwischen heimerfahrenen und nicht-heimerfahrenen Patienten zu verzeichnen ( $\chi^2=2,567$ ;  $df=1$ ;  $p=0,119$ ). Auch bei den psychiatrischen Erkrankungen ergab sich keine Schlussfolgerung bezüglich eines Einflusses von psychiatrischen Erkrankungen der Eltern auf die Fremdplatzierung (psychiatrische Erkrankung der Mutter und Fremdplatzierung:  $\chi^2=0,080$ ;  $df=1$ ;  $p=0,512$ ; psychiatrische Erkrankung des Vaters und Fremdplatzierung:  $\chi^2=0,366$ ;  $df=1$ ;  $p=0,386$ ).

### **III.6.7 Geschwisteranzahl**

Die Anzahl der Geschwister reichte von keinem zu maximal elf. Der überwiegende Anteil (27%; n=31) hatte ein oder zwei Geschwister (21,7%; n=25). 16,5% (n=19) waren die einzigen Kinder und 18,3% (n=21) besaßen vier oder mehr Geschwister. Die meisten Patienten waren Erstgeborene (42%; n=48); 35,1% (n=40) Zweitgeborene. 12,4 % (n=14) waren die 4. bis 12. Kinder der Eltern ( $n_{\text{gesamt}}=115$ ).

### **III.6.8 Im Haushalt lebende Geschwister**

In den meisten Haushalten lebten ein (24,3%; n=28) oder zwei Kinder (27,8%; n=32). 84,3% (n=97) der Haushalte beherbergte ein bis vier Kinder. Haushalte mit mehr als vier Kindern stellten die Minderheit dar (15,7%; n=18) ( $n_{\text{gesamt}}=115$ ).

### III.6.9 Im Heim lebende Geschwister

Es gab nur fünf Angaben von Geschwistern im Heim (4,4% der Angaben).

Dabei war der Anteil von einem Geschwisterkind im Heim mit 2,6% (n=3) am höchsten, während 3 oder vier Geschwister im Heim jeweils 0,9% (n=1) ausmachten ( $n_{\text{gesamt}} = 115$ ).

### III.6.10 Milieu

Die Milieuverhältnisse der Familie wurde in 47, 2% (n=50) der Fälle als eher niedrig, teilweise auch als ungünstig bewertet ( $n_{\text{gesamt}}=106$ ). Die Geschlechterverhältnisse innerhalb der Kategorien „Milieu schlecht“ und „Milieu höher“ unterschieden sich nicht ( $\chi^2= 0,284$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,594$ ). Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Alter und Milieu ( $Mw_{\text{Milieu schlecht}}= 7,58$ ;  $s_{\text{Milieu schlecht}}= 2,596$ ;  $Mw_{\text{Milieu höher}}= 8,16$ ;  $s_{\text{Milieu höher}}= 3,672$ ;  $t= -0,930$ ;  $df= 104$ ;  $p= 0,355$ ).

Es zeigte sich eine signifikante Abhängigkeit zwischen Milieu und den Gruppen. Dabei war ein größerer Anteil der Nicht-Fremdplatzierten Kinder (58,2%; n=53) in Häuslichkeiten mit höherem Milieu aufgewachsen, wohingegen fremdplatzierte Kinder mit 80,0% (n=12) eher dem schlechterem Milieu zuzuordnen sind. ( $\chi^2= 7,557$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,010$ ).

Tab. 9: Milieu und Gruppe

		Gruppe		gesamt
		keine Fremdplatzierung	Fremdplatzierung	
Milieu	niedrig	38 (35,8%)	12 (11,3%)	50 (47,2%)
	höher	53 (50,0%)	3 (2,8%)	56 (52,8%)
gesamt		91 (85,8%)	15 (14,2%)	106 (100,0%)

## III.7 Versorgungsstruktur

### III.7.1 Einweisende Stelle

Mit 30,1% (n=34) erfolgten die meisten Einweisungen durch einen niedergelassenen Arzt. Zweithäufigste Instanz war eine auswärtige Klinik mit 19,5% (n=22), gefolgt von der eigenen Poliklinik (13,3%; n=15). Jugendhilfe und Eltern bzw. Selbstmelder machten jeweils 11,5% (n=13) aus, während die Schule mit 9,7% (n=11) an den Einweisungen beteiligt war. Zuletzt ist noch das Kinderheim mit 4,4% (n=5) zu nennen (n<sub>gesamt</sub>=113).

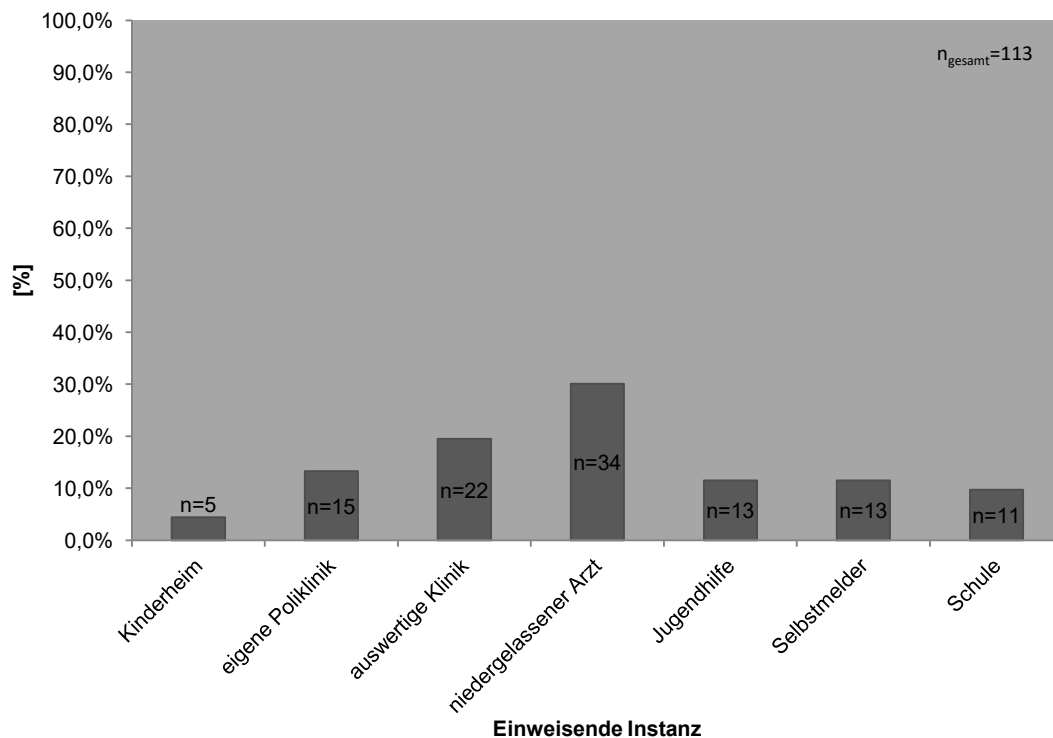


Abb. 14: Verteilung der einweisenden Instanzen



### III.7.2 Weiterbehandelnde Stelle

Die Weiterbehandlung erfolgte in 52,2% (n=59) der Fälle durch einen niedergelassenen Arzt. Eine Betreuung durch die Jugendhilfe (14,2%; n=16), eine auswärtige Klinik (12,4%; n=14), die eigene Poliklinik (8,0%; n=9) oder ein Kinderheim (10,6%; n=12) waren alternativ dazu möglich. Bei 2,7% (n=3) der Patienten erfolgte keine spezifische Weiterbehandlung (n<sub>gesamt</sub>=113).

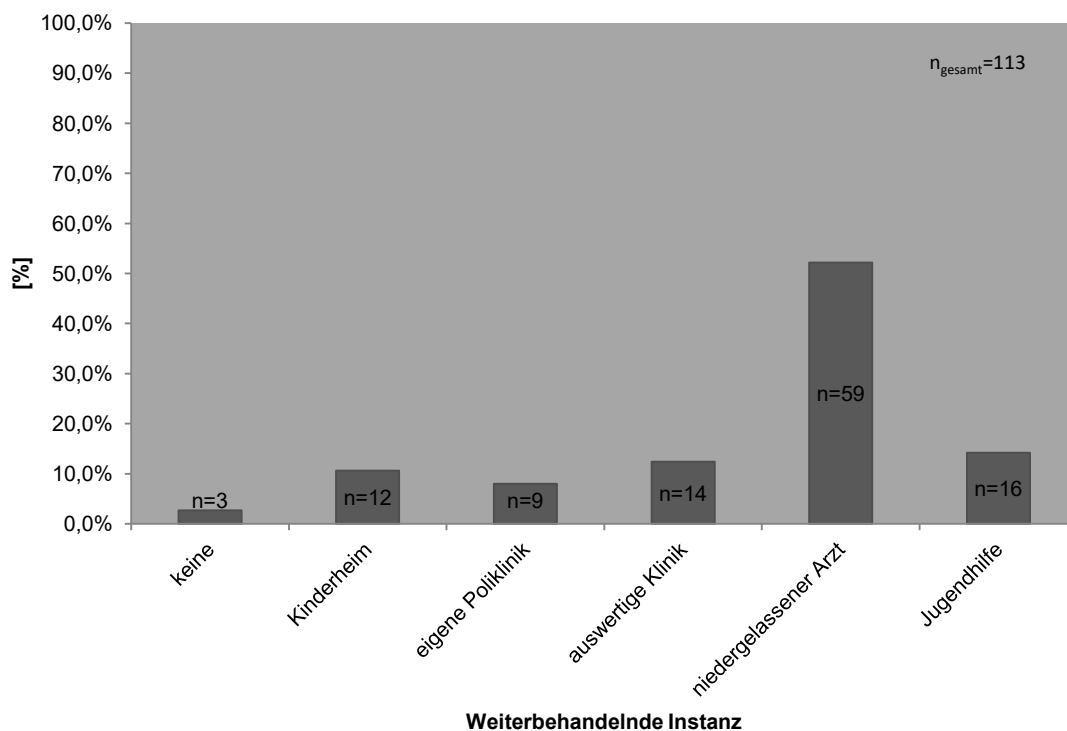


Abb. 15: Verteilung der weiterbehandelnden Instanz

### III.7.3 Überweisung in Heimeinrichtungen

Laut Aktenangabe wurden 7,8% (n=9) in Anschluss an die stationäre Behandlung direkt in einer Heimeinrichtung untergebracht. In 7,0% (n=8) der Fälle war eine baldige Unterbringung in Planung. In 5,3% (n=6) wurde eine entsprechende Empfehlung für eine Heimunterbringung ausgesprochen (n<sub>gesamt</sub>=113).

### III.7.4 Überweisung in die Klinik

7,9% (n=9) waren vor dem stationären Aufenthalt in einer Heimeinrichtung untergebracht (n<sub>gesamt</sub>=113).

## IV Diskussion

### IV.1 Vergleich der Klientel der „heimerfahrenen Kinder“ der Jahre 1960 und 1988/89 (Hentsch 1999)

Zum Vergleich wurden diejenigen Patienten herangezogen, die vor stationärer Aufnahme bereits in Obhut eines Heimes waren oder danach in ein Heim entlassen wurden bzw. bei denen eine Heimeinweisung geplant war. Dabei entfielen im untersuchten Jahrgang 1960 in der Gruppe der Fremdplatzierten diejenigen, bei denen eine Fremdplatzierung empfohlen wurde. Demnach waren die Gesamtzahlen der zu betrachtenden Klientel 17 im Jahr 1960 und 49 im Jahr 1988/89. Aufgrund unvollständiger Akten im Jahr 1960 fehlten einige Angaben. Im Vergleich der Absolutzahlen sieht man, dass die Anzahl heimerfahrener Kinder 1988/89 mehr als doppelt so groß war als 1960. Bezüglich der Gesamtklientel machte der Anteil heimerfahrener Kinder 1960 6,3% aus. Bezüglich der vorwiegend psychiatrisch erkrankten Patienten betrug der Anteil demnach 10,0%. Der Anteil an der Gesamtklientel bei Hentsch lag bei 14% (Hentsch 1999).

#### IV.1.1 Geschlecht

Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern innerhalb der beiden Untersuchungszeiträume ( $\chi^2 = 2,0591$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,1513$ ). Mit 65% überwogen 1960 die Jungen. 1988/89 vergrößerte sich der Anteil an Jungen sogar auf 81,6%.

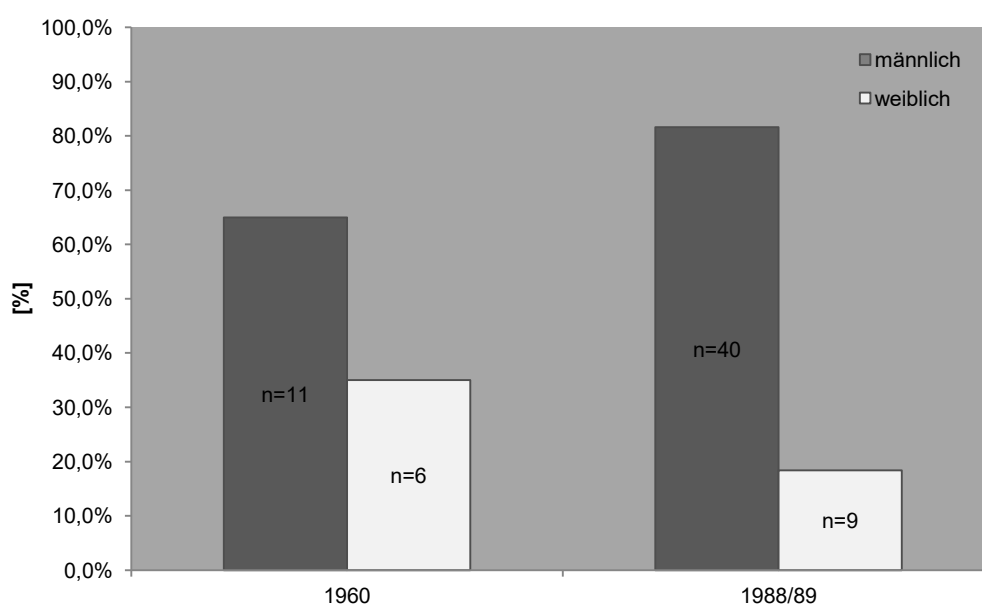


Abb. 16: Geschlechterverteilung

#### IV.1.2 Alter der Patienten

Das Durchschnittsalter in beiden Untersuchungszeiträumen betrug etwa 9 Jahre. Demnach ergab sich kein signifikanter Unterschied ( $Mw_{1960} = 9,18$ ;  $s = 3,226$ ;  $Mw_{1988/89} = 9,59$ ;  $s = 3,52$ ;  $t = -0,441$ ;  $df-t = 29,6$ ;  $p = 0,332$ ).

#### IV.1.3 Dauer der Behandlung

Obwohl die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 1960 etwa 30 Tage länger betrug, konnte kein signifikanter Unterschied in der Behandlungsdauer herausgestellt werden ( $Mw_{1960} = 94,24$ ;  $s = 98,518$ ;  $MW_{1988/89} = 62,3$ ;  $s = 47,03$ ;  $t = -1,287$ ;  $df-t = 18,1$ ;  $p = 0,111$ ).

#### IV.1.4 Einweisende Stelle

33,3% ( $n=5$ ) der Patienten 1960 und 36,7% ( $n=18$ ) 1988/89 wurden durch das Kinderheim eingewiesen. Jugendhilfeorgane wiesen im Jahr 1960 ebenso viele Patienten ein wie das Kinderheim. 1988/89 fiel dessen Anteil mit 22,4% etwas geringer aus. Während 1960 die eigene Poliklinik mit 20,0% ( $n=3$ ) die dritthäufigste einweisende Stelle darstellte, war dies 1988/89 der niedergelassene Arzt mit 18,4% ( $n=9$ ). Die Verteilung der einweisenden Instanzen zeigte keinen signifikanten Unterschied innerhalb beider Jahre ( $\chi^2 = 2,7958$ ;  $df=4$ ;  $p = 0,592557$ ).

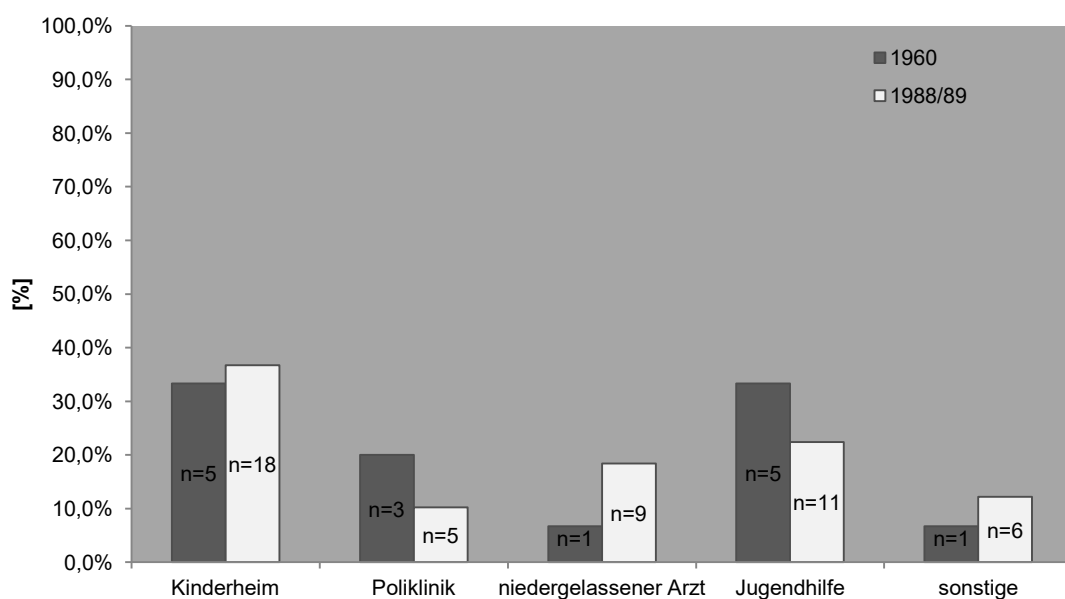


Abb. 17: Einweisende Instanzen im Vergleich ( $n_{\text{gesamt}}(1960) = 15$ ;  $n_{\text{gesamt}}(1988/89) = 49$ )

#### IV.1.5 Weiterbehandelnde Stelle

Die Weiterbehandlung bzw. Weiterbetreuung erfolgte 1960 in 46,7% (n=7) der Fälle durch das Kinderheim. Dieser Anteil war 1988/89 mit 66,0% (n=33) deutlich erhöht. Während 1988/89 Poliklinik, Jugendhilfe und niedergelassener Arzt mit jeweils 10,6% (n=5) den zweiten Rang der Weiterbetreuung einnahmen, stand 1960 der niedergelassene Arzt mit 26,7% (n=4) vor der Jugendhilfe mit 20,0% (n=3) und der Poliklinik mit 6,7% (n=1). 2,1% der Patienten des Jahres 1988/89 wurden in eine andere Klinik überwiesen. Zwischen beiden Jahren bestehen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Weiterbehandlung ( $\chi^2 = 4,3402$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,361919$ ).

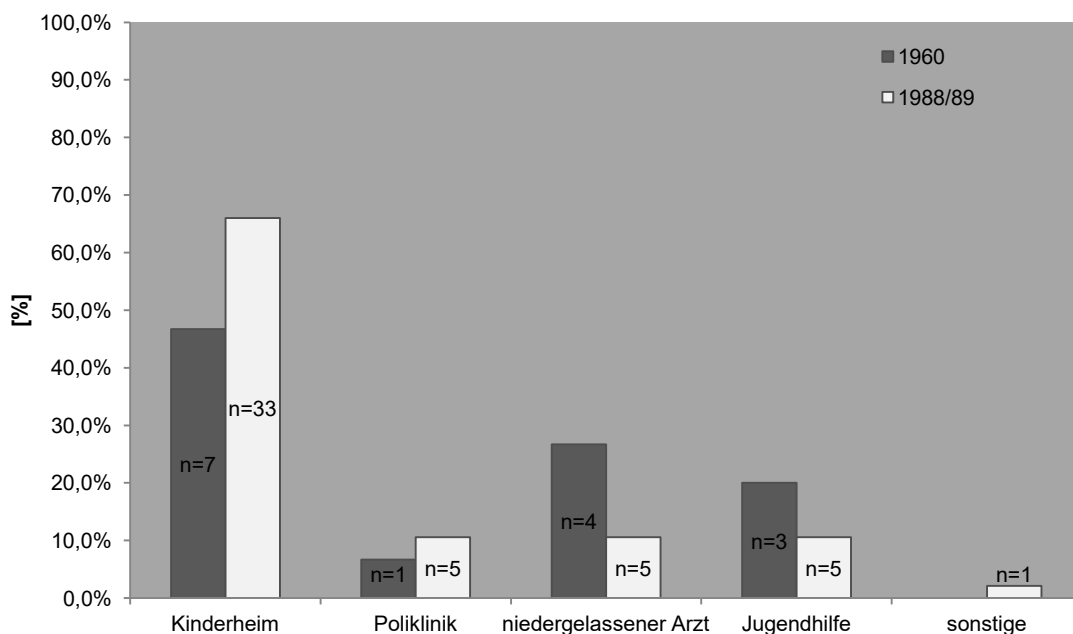
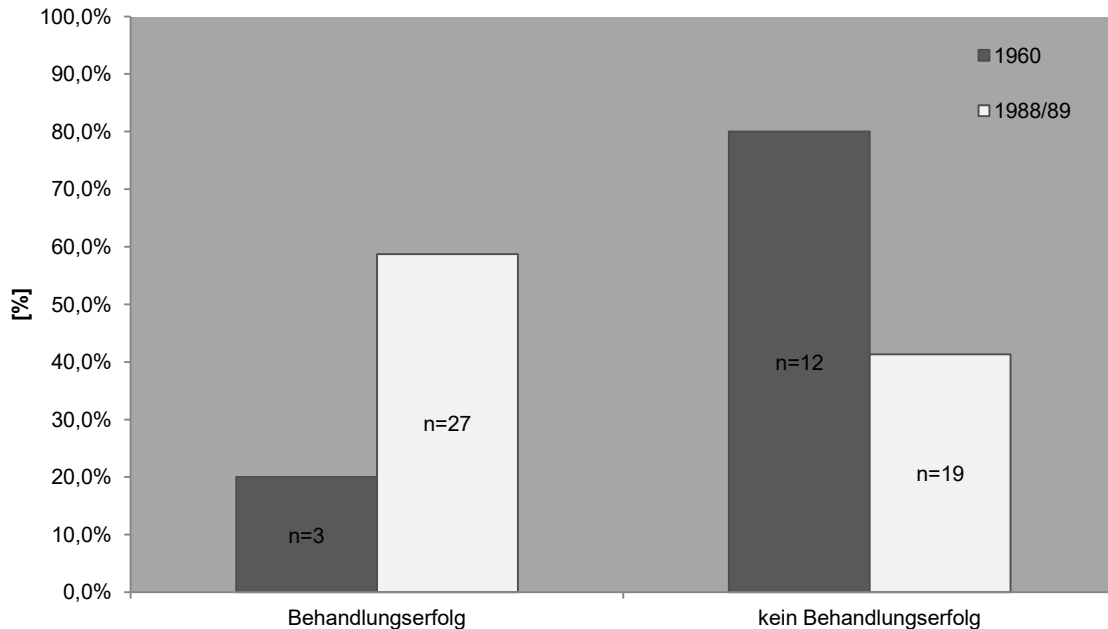


Abb. 18: Weiterbehandelnde Instanzen im Vergleich ( $n_{\text{gesamt (1960)}}=15$ ;  $n_{\text{gesamt (1988/89)}}= 49$ )

#### IV.1.6 Behandlungserfolg

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Behandlungserfolgen während beider Untersuchungszeiträume. Dabei wurden 1988/89 signifikant mehr Behandlungserfolge erzielt. 1960 blieben 73,3% (n=11) der Patienten in ihrer Symptomatik unverändert; 1988/89 lag dieser Anteil mit 32,6% (n=15) bei der Hälfte. Konnten leichte Besserungen im Jahr 1960 nur bei 13,3% (n=2) und deutliche Besserungen nur bei einem Patienten (6,7%) erzielt werden, lag die Erfolgsrate

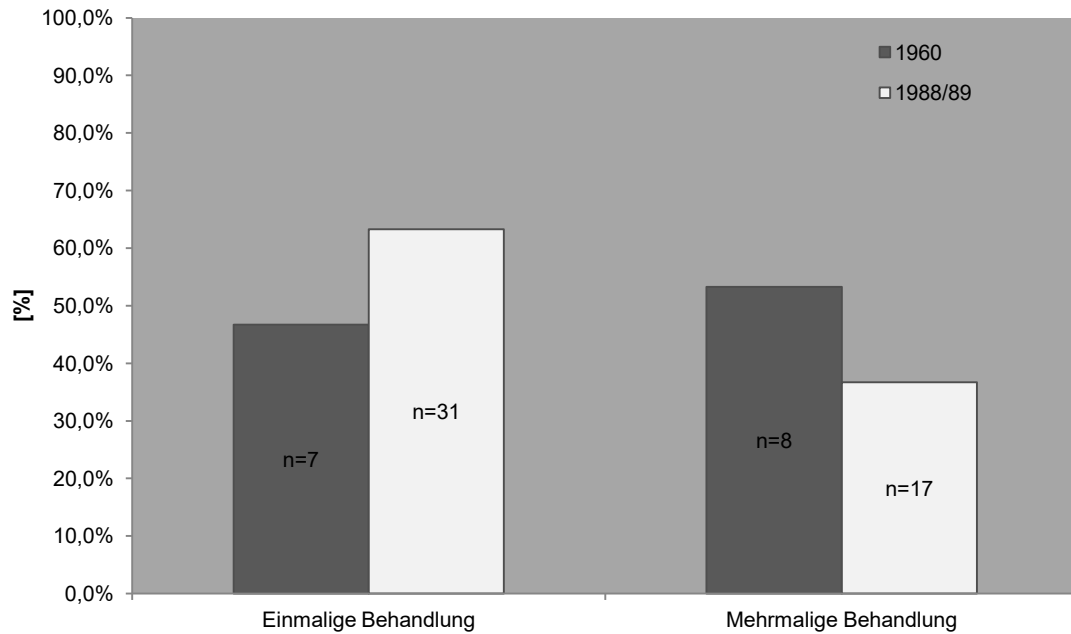
1988/89 mit 43,5% leichten (n=20) und 15,2% deutlichen Besserungen (n=7) schon merklich höher ( $\chi^2= 6,7767$ ; df= 1; p= 0,009235).



**Abb. 19: Behandlungserfolg im Vergleich ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=15$ ;  $n_{\text{gesamt}}(1988/89)= 46$ )**

#### **IV.1.7 Wiederholte Behandlung**

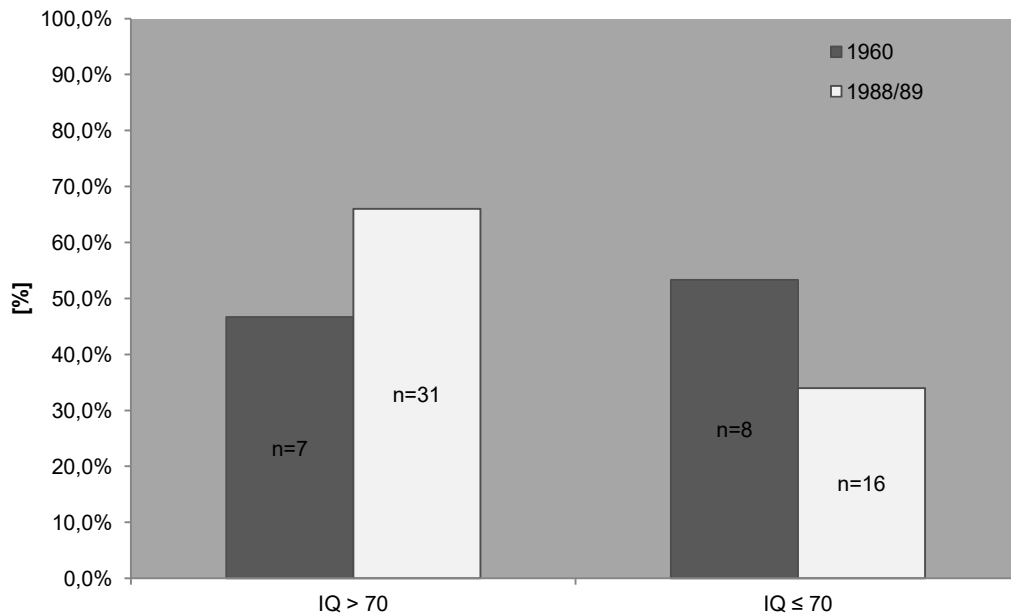
Die Behandlungshäufigkeit unterschied sich nicht signifikant zwischen 1960 und 1988/89. Im Jahr 1960 wurden 7 Patienten (46,7%) nicht wiederholt behandelt; 33,3% (n=5) einmalig mit gleicher Diagnose und 3 Patienten (20,0%) einmalig mit anderer Diagnose. 1988/89 erhielten 31 Patienten (63,3%) nur eine Behandlung; 14,3% (n=7) wurden wiederholt mit gleicher Diagnose, 3 Patienten (6,1%) mit anderer Diagnose aufgenommen. Mehrmalig wiederholte Behandlungen wurden 6,1% (n=3) mit gleicher Diagnose, 8,2% (n=4) mit anderer Diagnose und 2,0% (n=1) mit jeweils gleicher und anderer Diagnose zuteil ( $\chi^2= 1,3118$ ; df= 1; p= 0,252076).



**Abb. 20: Behandlungswiederholungen ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=15$ ;  $n_{\text{gesamt}}(1988/89)=48$ )**

#### **IV.1.8 Intelligenz**

Zwischen den erfassten Intelligenzquotienten ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Zwar war der Anteil normalintelligenter Patienten 1960 mit einem Anteil von 46,5% ( $n=7$ ) geringer als 1988/89 mit 66,0% ( $n=31$ ), dies jedoch nicht wesentlich. Eine leichte Intelligenzminderung bestand 1960 bei 33,3% ( $n=5$ ); 1988/89 bei 23,4% ( $n=11$ ). Von einer mittleren Intelligenzminderung waren 3 (20,0%) der Patienten des Jahres 1960 betroffen; 1988/89 lag dieser Anteil mit 8,5% geringer, doch in absoluten Zahlen gesprochen war sogar ein Patient mehr davon beteiligt ( $n=4$ ). Eine schwere Intelligenzminderung betraf einen Patient im Jahr 1988/89 (2,1%) ( $\chi^2=1,7836$ ;  $df=1$ ;  $p=0,181714$ ). Insgesamt waren 55,6% ( $n=5$ ) der Jungen und 50,0% ( $n=3$ ) der Mädchen 1960 von einer Intelligenzminderung betroffen.



**Abb. 21: Patienten-IQ im Vergleich ( $n_{\text{gesamt (1960)}}=15$ ;  $n_{\text{gesamt (1988/89)}}= 47$ )**

#### **IV.1.9 Entwicklungsverzögerungen**

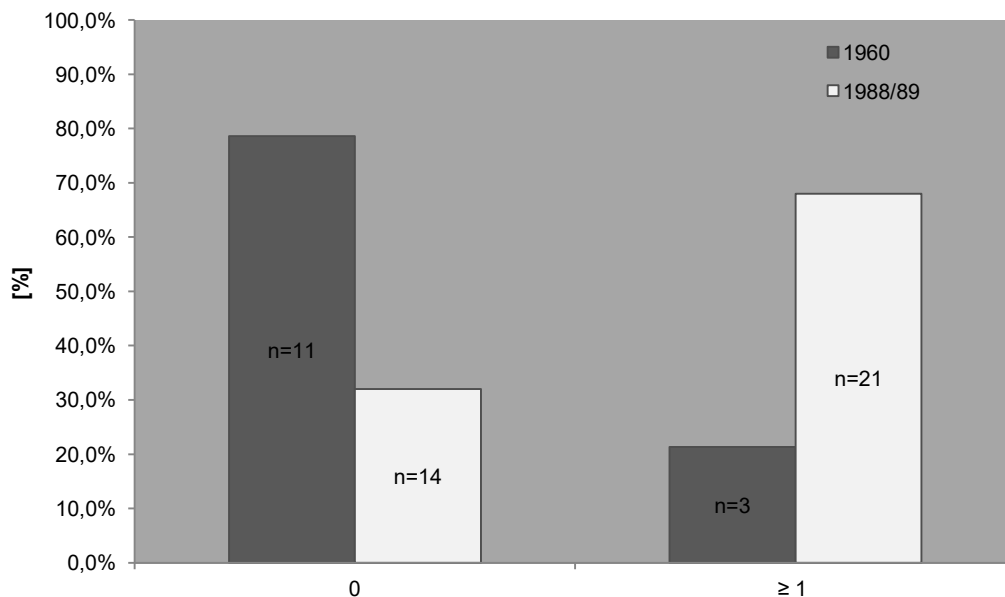
Im Vergleich war der Anteil derer mit normaler Entwicklung fast identisch (46,7% ( $n=7$ ) im Jahr 1960; 43,5% ( $n=20$ ) im Jahr 1988/89). Retardierungen im sprachlichen Bereich hatten auch in beiden Jahrgängen die größte Bedeutung. So wurden 1960 2 Patienten (13,3%) und 1988/89 12 Patienten (26,1%) mit Verzögerungen im sprachlichen Bereich erfasst. Auch der Anteil der motorischen Verzögerungen war ähnlich (1960: 6,7% ( $n=1$ ); 1988/89: 4,3% ( $n=2$ )). Somit zeigte sich kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2=0,0466$ ;  $df=1$ ;  $p= 0,82907$ ).

#### **IV.1.10 Anzahl der Geschwister**

Die Verteilung der Geschwisteranzahl war in beiden Jahrgängen nicht signifikant unterschiedlich. Vom erfassten heimerfahrenen Klientel 1960 waren 35,7% ( $n=5$ ) Einzelkinder; 1988/89 waren es 22,4% ( $n=11$ ). 57,1% ( $n=8$ ) im Jahr 1960 und 42,9% ( $n=21$ ) im Jahr 1988/89 waren das älteste Kind unter den Geschwistern; das jüngste Kind in der Geschwisterreihe waren 1960 7,1% ( $n=1$ ) und 1988/89 10,1% ( $n=5$ ) ( $\chi^2= 1,0113$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,314591$ ).

#### IV.1.11 Anzahl der Geschwister im Heim

Anders sah die Verteilung der Anzahl Geschwisterkinder im Heim aus. Diese änderte sich zwischen den Untersuchungszeiträumen signifikant. 1960 stellten 21,3% (n=3) der Fälle Patienten dar, die eines oder mehrere Geschwister hatten, die im Heim lebten. Dieser Anteil vergrößerte sich enorm im Jahr 1988/89 zu 68,0% (n= 21) ( $\chi^2= 5,9535$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,014688$ ).

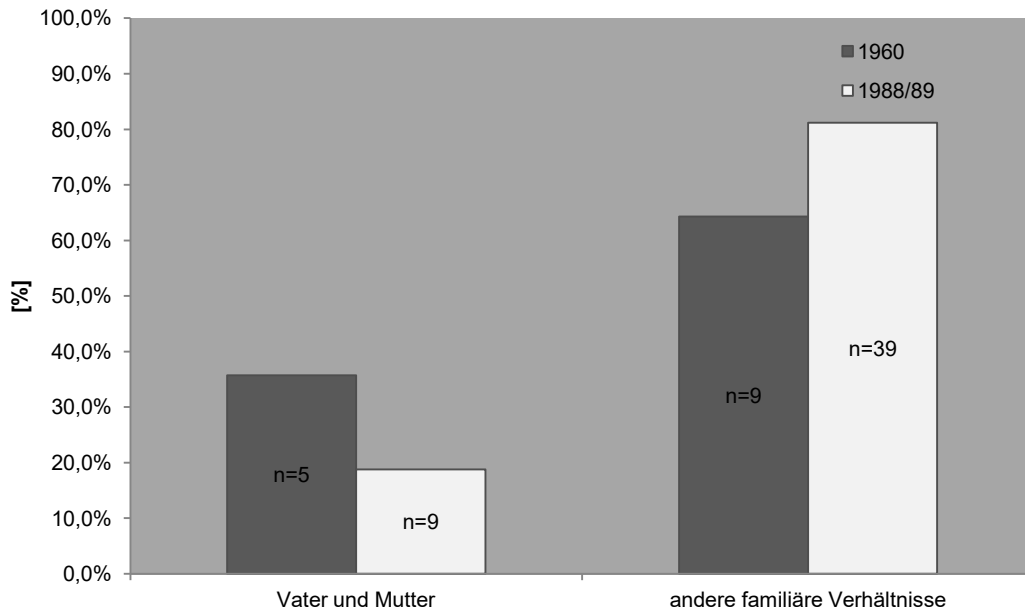


**Abb. 22: Geschwisteranzahl im Vergleich ( $n_{\text{gesamt}}(1960)=14$ ;  $n_{\text{gesamt}}(1988/89)= 35$ )**

#### IV.1.12 Familiäre Situation

Betrachtet man die familiäre Situation, so war der Anteil einer „Normalfamilie“ in beiden Jahrgängen relativ gering (1960: 35,7%; n=5; 1988/89: 18,8%; n=9), sodass sich auch zwischen beiden betrachteten Jahren keine signifikanten Unterschiede herauskristallisierten. Lediglich bezüglich der Variationen ergaben sich im Jahr 1988/89 mehrere Möglichkeiten, beispielsweise lebten 12,5% (n=6) mit dem Vater allein, 27,1% (n=13) mit einer alleinerziehenden Mutter. 1960 gab es 3 Fälle von alleinerziehenden Müttern (21,4%); alleinerziehende Väter kamen nicht vor. Stiefkind zum Vater waren 7 (14,6%) der 1988/89 aufgenommenen Kindern, 3 (6,3%) waren familiengelöst ( $\chi^2= 1,7843$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,181625$ ).





**Abb. 23: Familiäre Verhältnisse ( $n_{\text{gesamt (1960)}}=14$ ;  $n_{\text{gesamt (1988/89)}}= 48$ )**

#### **IV.1.13      *Bildungsstand der Mutter***

Der Bildungsstand der Mutter verschob sich von 1960 zu 1988/89 zu höheren Abschlüssen. Besaß der überwiegende Teil 1960 einen Abschluss der 8.Klasse (62,5%;  $n=5$ ), waren es 1988/89 50% ( $n=19$ ), die einen 10.Klasse-Abschluss vorwiesen. 7,9% ( $n=3$ ) absolvierten 1988/89 die 12.Klasse. Die 10.Klasse wurde 1960 von 37,5% ( $n=3$ ) der Mütter abgeschlossen. Aufgrund der geringen Angaben sind diese Werte allerdings wenig aussagekräftig.

#### **IV.1.14      *Substanzmissbrauch und psychiatrische Erkrankungen der Eltern***

Psychiatrisch erkrankt waren 16,7% ( $n=2$ ) der Mütter und 36,4% ( $n=4$ ) der Väter heimerfahrener Kinder des Jahres 1960. Der Anteil an Eltern mit Alkoholabusus betrug 33,4% ( $n=4$ ).

Im Vergleichsjahr 1988/89 lag der Anteil alkoholabhängiger Eltern gesamt bei 34,7%.

#### IV.1.15 Diagnosen

Aufgrund der Tatsache, dass in den Jahren 1960 und 1988/89 kein einheitliches Klassifikationsschema bestand, wurden die Diagnosen aus dem Jahr 1960, wie auch im letzten Kapitel beschrieben, in das ICD-10-Klassifikationsschema übertragen. Dabei wurden diese nicht einzeln, sondern in ihren Gruppen zugeordnet. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Diagnosenverteilung ( $\chi^2 = 10,7958$ ;  $df = 3$ ;  $p = 0,012883$ ).

Demnach ergab sich folgende Verteilung der Diagnosen in den beiden Jahren:

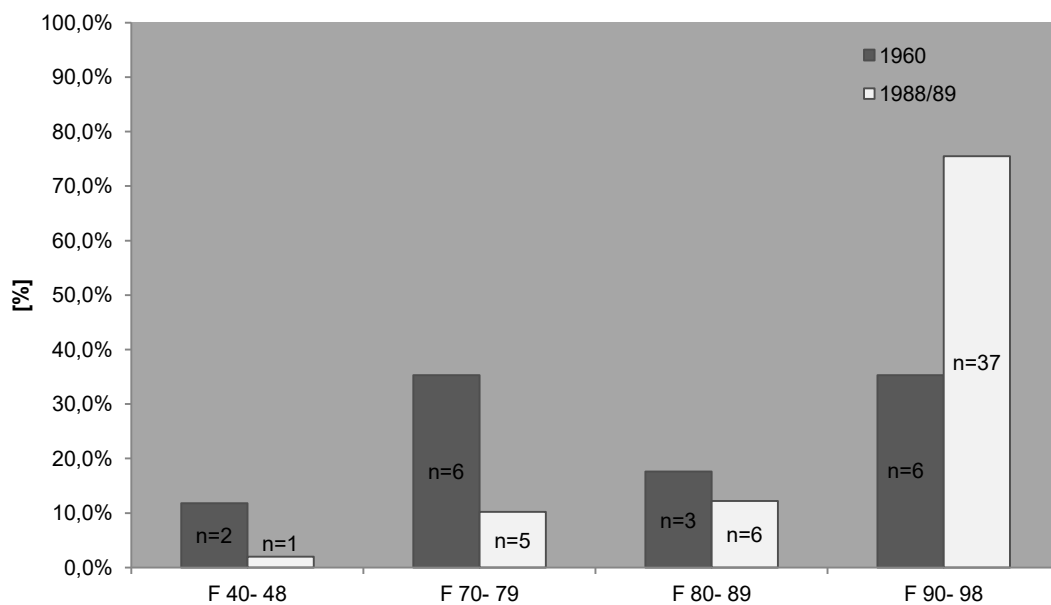
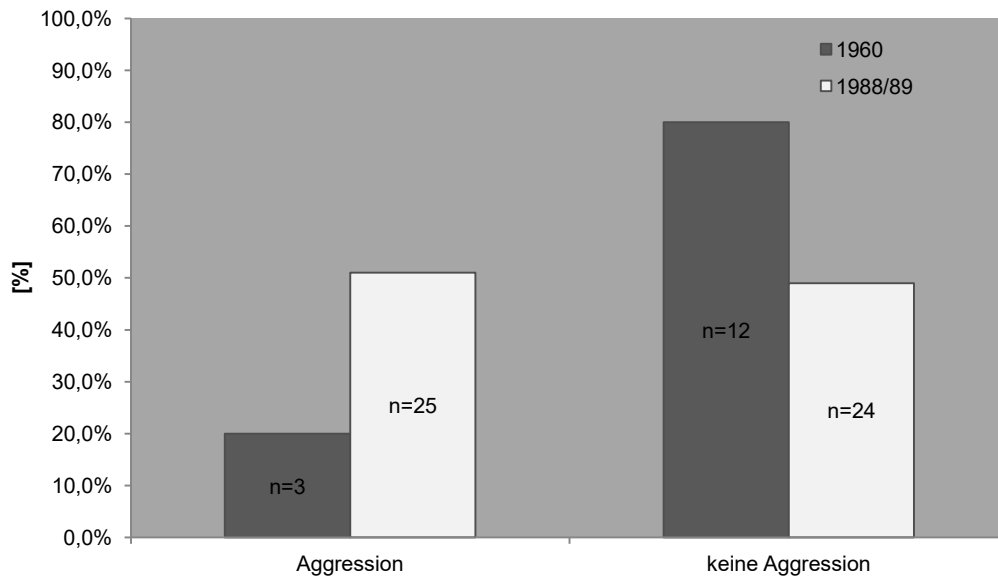


Abb. 24: Diagnoseverteilung 1960 bzw. 1988/89 ( $n_{\text{gesamt}}(1960) = 17$ ;  $n_{\text{gesamt}}(1988/89) = 49$ )

#### IV.1.16 Aggressionen

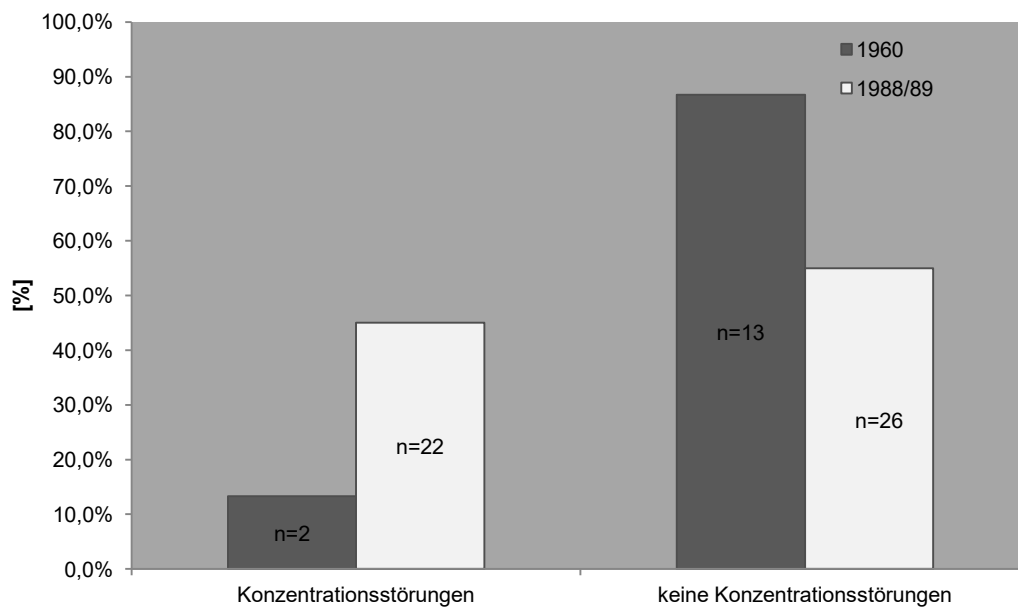
20% ( $n=3$ ) der Patienten des Jahres 1960 zeigten aggressives Verhalten. Im Vergleichsjahr 1988/89 war der Anteil mit 51% ( $n=25$ ) deutlich höher. Damit ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Vergleichsjahren ( $\chi^2 = 4,4906$ ;  $df=1$ ;  $p = 0,034082$ ).



**Abb. 25: Auftreten von Aggression 1960 und 1988/89 ( $n_{\text{gesamt (1960)}}=15$ ;  $n_{\text{gesamt (1988/89)}}=49$ )**

#### **IV.1.17 Konzentrationsstörungen**

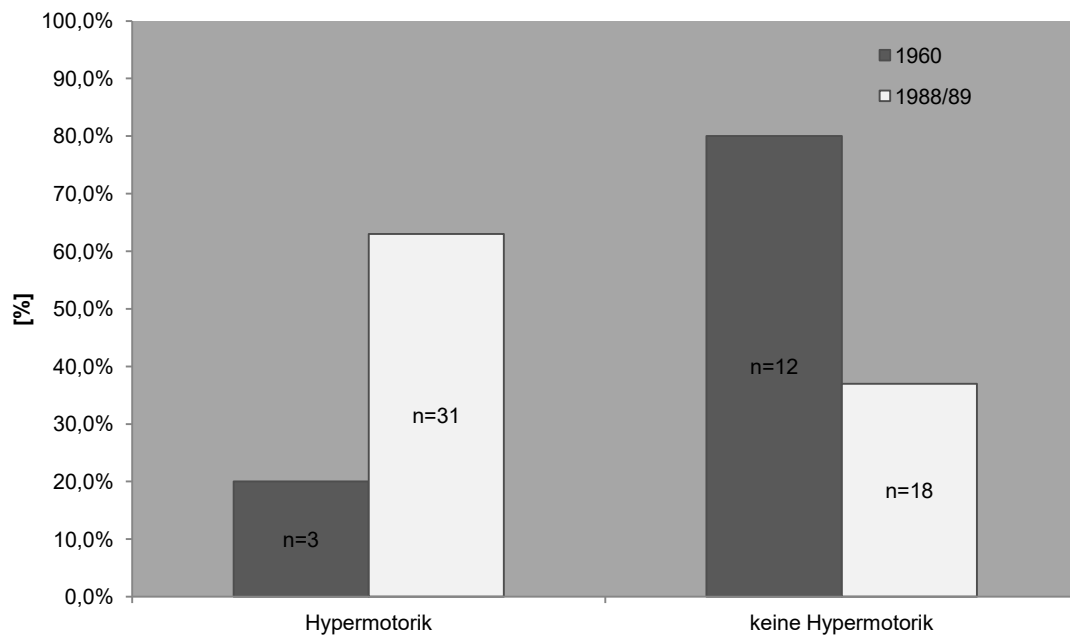
13,3% (n=2) der Patienten des Jahres 1960 wiesen Konzentrationsstörungen auf. Dem gegenüber standen 45,0% (n=22) im Jahr 1988/89. Der Unterschied ist somit signifikant ( $\chi^2=4,882$ ;  $df=1$ ;  $p=0,027138$ ).



**Abb. 26: Auftreten von Konzentrationsstörungen 1960 und 1988/89 ( $n_{\text{gesamt (1960)}}=15$ ;  $n_{\text{gesamt (1988/89)}}=48$ )**

#### **IV.1.18      *Hypermotorik***

Unruhiges Verhalten zeigten 20,0% (n=3) der heimerfahrenen Kinder des Jahres 1960, während 1988/89 mit 63,0% (n=31) ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist. Es besteht ein signifikanter Unterschied ( $\chi^2= 8,6327$ ;  $df= 1$ ;  $p = 0,003302$ ).



**Abb. 27: Auftreten von Hypermotorik 1960 und 1988/89 ( $n_{\text{gesamt (1960)}}=15$ ;  $n_{\text{gesamt (1988/89)}}= 49$ )**

#### **IV.1.19      *Stehlen***

20% (n= 3) im Jahr 1960 und 17% (n=8) im Jahr 1988/89 der Patienten stahlen. Die Anteile sind demnach relativ ähnlich und damit nicht signifikant unterschiedlich ( $\chi^2= 0,5896$ ;  $df=1$ ;  $p= 0,442589$ ).

#### **IV.1.20      *Lügen***

Häufiges Lügen kam in zwei Fällen (13,3%) des Jahres 1960 und in 11 Fällen (23%) des Jahres 1988/89 vor. Dies ist kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2= 0,5896$ ;  $df= 1$ ;  $p= 0,442589$ ).

#### **IV.1.21      *Behandlungsdauer***

Im Jahr 1960 wurde ein Fall der Milieuschädigung 414 Tage behandelt. Dieser Zeitraum stellte die längste Behandlungsdauer der heimerfahrenen Kinder des Jahres 1960 dar. Im Gegensatz dazu stand eine maximale Behandlungsdauer von 108 Tagen im Jahr 1988/89. Dabei handelte es sich um eine Entwicklungsstörung. Das Minimum an Behandlungszeit wurde 1960 mit 15 Tagen für ein intelligenzgemindertes Kind und 1988/89 für eine F6-Diagnose mit 19 Tagen benötigt.

Bei den F 90-98 Diagnosen des Jahres 1960 fielen zwei Spitzen auf. Die erste umfasste eine Behandlungszeit von 25- 30 Tagen, woraufhin ein Abfall erfolgte. Ein weiterer Anstieg lag zwischen 100 und 125 Tagen, wobei auch die extrem lange Dauer von 414 Behandlungstagen in diesen Diagnosebereich fiel.

Betrachtet man die F91 Diagnosen im Jahr 1988/89, wurden diese im Schnitt 50 Tage behandelt. Diese Dauer lag zwischen den 1960 beobachteten, wenn auch darunter mehrere Diagnosen fielen.

#### **IV.1.22      *Alter und Geschlecht***

Der Großteil der Jungen des Jahres 1960 fiel auf die Altersspanne zwischen 10 und 13 Jahren (45,5%; n=5) ebenso wie im Vergleichsjahr 1988/89 (51%; n= 39) . Weitere 36,4% (n= 4) verteilten sich 1960 auf die Altersspanne 6-9 Jahre; die übrigen 18,2% (n=2) fielen auf die Altersgruppe zwischen 2 und 5 Jahren. Die Mädchen konnten 1988/89 zu je 33,3% (n=8) auf die Altersspanne zwischen 6 und 9 bzw. 10 und 13 Jahren zugeordnet werden. 1960 war der Anteil der Mädchen mit je 50% (n=3) auf diese Altersgruppen verteilt.

## **IV.2            Diskussion der Ergebnisse**

### ***IV.2.1            Diskussion der Ergebnisse der Untersuchung des Jahrganges 1960***

Vor dem Hintergrund gesellschaftspolitischer Gegebenheiten in der DDR sollte der Fokus auf der universitären kinderneuropsychiatrischen Versorgungsstruktur zu jener Zeit liegen. Insbesondere die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Jugendhilfe wurde genauer betrachtet. In einer retrospektiven Studie wurden 170 Patienten mit vorwiegend psychiatrischer Diagnose, die im Zeitraum zwischen dem 1.1.1960 und 31.12.1960 in der Abteilung für Kinderneuropsychiatrie aufgenommen wurden, herausgefiltert und analysiert. In einem darauffolgenden Vergleich mit dem Jahrgang 1988/89 (Hentsch 1999) wurden insbesondere heimerfahrene Kinder und Patienten dieses Jahrganges im Hinblick auf die spezielle Versorgung und strukturellen Veränderungen seitens der Jugendhilfeorgane untersucht und verglichen. Folgende Ergebnisse beziehen sich auf die 170 Patienten mit vorwiegend psychiatrischer Diagnose. Das Geschlechterverhältnis lag bei 1:3 mit Dominanz der Jungen (76,5%). Der Mädchenanteil betrug 25,5%. Das Durchschnittsalter lag bei 8 Jahren (8,29), wobei der größte Anteil zwischen 6 und 10 Jahren lag (56,5%). Ein Aufenthalt dauerte im Mittel 67,47 Tage; der überwiegende Anteil der Patienten blieb zwischen 31 und 60 Tagen (41,2%). Dabei ergab sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer und Behandlungserfolg. Die stationäre Einweisung erfolgte hauptsächlich durch einen niedergelassenen Arzt (30,1%), gefolgt von einer anderen Klinik und an dritter Stelle der eigenen Poliklinik. In 52,2% der Fälle übernahm auch der niedergelassene Arzt die Weiterbetreuung der Patienten. Zweithäufigste Instanz waren Jugendhilfeorgane. 56,5% der Patienten zeigten keinen Behandlungserfolg; Erfolge konnten bei 38,7% der Patienten verzeichnet werden. Die familiäre Situation stellte sich überwiegend positiv dar. Bei 64,4% der erfolgten Angaben lebten die Kinder mit ihren leiblichen Eltern zusammen. Die Milieuverhältnisse allerdings wurden in 47,2% der Fälle als schlecht beziehungsweise ungünstig bezeichnet. Insbesondere die Patienten, die im Anschluss an die stationäre Behandlung fremdplatziert werden sollten, wuchsen signifikant häufiger in einem schlechten Milieu auf ( $p=0,010$ ). Zum Bildungsstand der Eltern waren wenige Angaben vermerkt. Demnach lag der Anteil der höchsten Bildungsabschlüsse zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme des Indexkindes hauptsächlich zwischen der 8. und der 10.Klasse. Hinsichtlich der Berufsausbildung ist zu vermerken, dass mehr Mütter (45,8%) keine Ausbildung absolviert hatten als die Väter (19,1%). Dennoch waren zwei Drittel der Mütter berufstätig; bei den Vätern lag der Anteil derer mit Beruf bei 94,7%. 15,1% der Väter zeigten eine Alkoholabhängigkeit. 20,9% der Mütter und 22,9% der Väter waren von

einer psychiatrischen Erkrankung betroffen. Die meisten Patienten besaßen ein (27%) oder zwei (21,7%) Geschwisterkinder, wobei 42,0% der Patienten die Erstgeborenen waren. Nur 13,5% der Patienten wurden nach stationärer Behandlung in ein Heim überwiesen beziehungsweise wurde eine Überweisung angeraten. Bezüglich des Intelligenzquotienten waren 62,5% der Patienten intelligenzgemindert. Von Entwicklungsrückständen waren 67,3% der Patienten betroffen. Es zeigte sich eine hochsignifikante Abhängigkeit zwischen IQ und Entwicklungsverzögerungen ( $p=0,001$ ). Die Geburtsverläufe wurden in 65,1% der Fälle als komplikationslos beschrieben. Bei zwei Drittel der Patienten fielen Veränderungen im EEG auf, wobei 29,0% pathologische EEG aufwiesen.

29,7% der Patienten zeigten Verhaltensstörungen. Insbesondere die Aggression, die bei 14,4% auftrat, war am häufigsten festzustellen. Danach folgte Stehlen, was 8,5% der Patienten aufwiesen. Dabei ist festzustellen, dass mit zunehmenden Alter signifikant häufiger gestohlen wurde ( $p=0,021$ ). 5,9% fielen durch Hypermotorik und 6,8% durch Konzentrationsstörungen auf. 4,2% der Patienten waren Opfer Gewalt oder sexuellen Missbrauchs. Hypermotorik war signifikant häufiger bei fremdplatzierten Patienten festzustellen ( $p=0,043$ ).

Die häufigste Erstdiagnose stellte die Intelligenzminderung mit 37,1% dar, gefolgt vom Entwicklungsrückstand mit 14,7% und der abnormen kindlichen Persönlichkeit mit 12,4% an dritter Stelle. Dabei gab es einen signifikanten Unterschied zwischen mädchen- und knabenwendigen Diagnosen ( $p=0,05$ ).

Im Vergleich zwischen heimerfahrenen und nicht- heimerfahrenen Kindern ergaben sich – bis auf den Einfluss des Milieus- keine signifikanten Einflussfaktoren, die ursächlich für die Heimeinweisung herausgearbeitet werden konnten. Dabei wurden insbesondere die familiäre Situation, psychiatrische Erkrankungen und Abhängigkeiten der Eltern, die Aufnahmesymptomatik, die Behandlungsdauer und die Behandlungswiederholungen als einflussgebende Parameter berücksichtigt. Häufigste Diagnose der heimerfahrenen Patienten war die Intelligenzminderung mit 35,3% ( $n=6$ ). An zweiter Stelle folgte die Milieuschädigung mit 29,4% ( $n=5$ ). Die Schreib-Leseschwäche war die dritthäufigste Diagnose (17,6%).

Da es sich um eine klinische Erhebung handelte, kann diese nicht als repräsentativ angegeben werden. Des Weiteren ist aufgrund einer fehlenden Basisdokumentation die Vergleichbarkeit erschwert und verstärkt von subjektiven Einschätzungen geprägt (Warnke und Lehmkuhl 2010). Eine Repräsentativität ist aufgrund der geringen Datenmenge ebenfalls nicht gegeben.

#### IV.2.1.1 *Die Diagnosen*

Aufgrund des damals unzureichenden Klassifikationsschemas ist die Angabe von Diagnosen 1960 sicherlich standortgeprägt und variierender als heute. Wenige Forschungen zu dieser Zeit und deren mangelhafte Verbreitung führten zu eher subjektiven Einschätzungen der behandelnden Ärzte hinsichtlich der Diagnosenfindung (Warnke und Lehmkuhl 2010). In unserer Studie fanden sich 17,6% (n=30) der Patienten mit einer Milieuschädigung. Dieser gegenwärtig nicht mehr gebräuchliche Diagnosebegriff symbolisiert das veränderte Verständnis für psychiatrische Störungen im Laufe der Zeit.

Die Milieuschädigung wurde von Wallis 1974 als eine von extern ausgelöste Störung bezeichnet, die durch negative häusliche und soziale Umgebung direkten Einfluss auf das Verhalten der Personen hat. Insbesondere ungünstige familiäre Strukturen seien maßgeblicher Auslöser dieser Verhaltensstörungen. Aber nicht nur desolate familiäre Verhältnisse, sondern auch fehlende Vermittlung von Geborgenheit und Entschädigung durch übermäßiges Schenken als Ersatz galten als Ursache. Wallis sprach hierbei von „Luxusverwahrlosung“ durch „Verwöhnen“ (Harnack und Bay 1974, S. 439). Eine andere Form stellte die Milieuschädigung dar, die aus mangelnder individueller Förderung und Zuwendung resultiert. Diese trat vor allem in Heimen auf und wurde als „Hospitalismus“ (Harnack und Bay 1974) bezeichnet. Milieugeschädigten Kindern fällt das Knüpfen sozialer Kontakte schwer, sie sind entwicklungsretardiert und verhaltensauffällig. Spielt die Umgebung des Kindes zwar eine große Rolle im Störungsbild, ist aber nicht Ursache der Symptome, so spricht man von „milieureaktive[r] Störung“, wie sie beispielsweise in der Rangfolge der Kinder ihre Wurzeln findet (Harnack und Bay 1974, S. 439). Der Milieuschaden ist auch Auslöser einer vermeintlichen Intelligenzminderung, die sich nach Umgebungsveränderungen löst (Kind 1997; Weitbrecht 1973). Das Sprechen kann verzögert sein (Weitbrecht 1973).

Auch Göllnitz setzte sich mit der Milieuschädigung auseinander. In der „Milieuanfälligkeit des hirngeschädigten Kindes“ 1961 stellte er die Schwierigkeit heraus, diese von einem frühkindlichen Hirnschaden zuverlässig abzugrenzen. So stellt das häusliche Milieu bei verhaltensauffälligen Kindern einen großen Einflussfaktor dar. Wenn auch nicht ganz so drastisch stellte er außerdem die Berufstätigkeit der Mutter als Risikofaktor heraus. Entgegen der Hirnschädigung, die neurologisch auffällig ist und sich meist in Entwicklungsretardierungen zeigt, spielen bei der Milieuschädigung vordergründig soziale Faktoren die Rolle (Castell et al. 2003). In



unserer Erhebung konnte bei 35,7% der milieugeschädigten Kinder ein psychiatrisch erkrankter Vater nachgewiesen werden. Je nach Diagnose hat die Erkrankung des Vaters einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes. 2007 spielten Milieuschädigungen als auslösender Faktor für Bindungsstörungen eine entscheidende Rolle (Lentze et al. 2007). Der Wandel von der Milieuschädigung als Diagnose zur Ursache von variierenden Verhaltensauffälligkeiten vollzog sich in den Folgejahren. Die ICD-8-Klassifikation beinhaltetete 1968-78 bereits die Klassifikation von Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit. In der seit 1979 in der DDR üblichen ICD-9-Klassifikation wurden emotionale Störungen in der Kindheit und Jugend gelistet (DIMDI 2016). Eine Milieuschädigung äußerte sich nach Schulz 1987 auch im Schwänzen der Schule (Ricking 2006). Im „Diagnoseschlüssel für die Pädiatrie 1989“ taucht die Milieuschädigung unter der Kategorie umschriebene Entwicklungsrückstände auf (Weidman und Cremer 1989). 1998 wurde in Deutschland die heute gültige ICD-10-Klassifikation eingeführt. Milieustörungen wurden nicht mehr als eigenständige Diagnose aufgeführt. In der ICD-10-Klassifikation stehen Milieuschädigungen als Ursache für F94-Diagnosen, insbesondere der Bindungsstörungen (DIMDI 2016). Emotionale Störungen wurden auch als milieureaktive Störungen beschrieben (Möller et al. 2009). Damit wurden die Milieuverhältnisse als ätiologische Faktoren für die Entstehungen von Störungen angesehen.

Ebenso fallen Diagnosen, wie „Schwererziehbarkeit“ und „Erziehungsschwierigkeiten“ auf. Koch gebraucht den Begriff „Verwahrlosung“ synonym zur „Schwererziehbarkeit“ (Koch 1965). Eine von ihm beschriebene Studie von Enke (1955) an 500 Kindern zeigte, welche Ursachen zu Schwererziehbarkeit führten: es handelte sich dabei um Kinder, die überwiegend frühkindliche Hirnschäden und Milieuschäden sowie familiäre Häufungen psychischer Störungen aufwiesen. Dabei könnten die Milieuschäden an sich schon eigenständige Diagnose sein. Somit sollte man nach dem Prinzip des Ausschlusses die Ätiologie der Störung ermitteln. Sein Fazit dazu formulierte er folgendermaßen: „Wer zahlreiche derartige Begutachtungen liest und dann Gelegenheit hat, die beurteilten Probanden monate- und jahrelang selbst zu erleben, dem wird immer deutlicher, wie weit der Spielraum des subjektiven Ermessens bei der ursächlichen Bewertung von Erziehungsschwierigkeiten eigentlich ist [...] Daraus ergibt sich ein weites Feld für Hypothesen und Meinungsverschiedenheiten“ (Koch 1965, S. 491).

Diese Aussage charakterisiert die Schwierigkeiten der damaligen Diagnosefindung durch fehlende einheitliche Kriterien, subjektive Einschätzungen und unterschiedliche Beschreibungen. Sind heute Symptome, wie Lügen, Stehlen oder Schulschwänzen als

Störungen des Sozialverhaltens zu betrachten, waren sie zu damaliger Zeit unter „Schwererziehbarkeit“, „Milieuschädigung“ oder „Erziehungsschwierigkeiten“ zu finden- je nachdem, welche Bezeichnung der begutachtende Arzt nutzte und wie seine subjektive Einschätzung dahingehend ausfiel. Auch Petri sah dabei nicht das fehlende Klassifikationsschema als vordergründigen Kritikpunkt, sondern eher die differierende Sichtweise der behandelnden Ärzte (Petri und Rosenberg 1979). Dabei nahmen diese Diagnosen in unserer Untersuchung 1960 eher einen geringen Stellenwert ein: 4,1% (n=7) der Patienten wurden als „erziehungsschwierig“ aufgenommen, davon 1,2% (n=2) als Erstdiagnose. Als schwererziehbar wurden 2 Patienten in der Erstdiagnose eingestuft (n=2), was ebenfalls 1,2% ausmachte. Auffälliges Verhalten zu Beginn der 1960er Jahre wurde selten allein als psychisch bedingt aufgefasst, weil die Psychologie zu dieser Zeit einen nachrangigen Stellenwert einnahm (Zimmermann 2004). Der negative Einfluss des Kapitalismus wurde als ursächlicher Faktor für Verhaltensauffälligkeiten angesehen (Hoffmann 1981). Ende der 1960er Jahre vermutete Mannschatz die Ursachen für Schwererziehbarkeit in Intelligenzminderung, psychischen Störungen oder ungünstigen Milieubedingungen, womit er ein Umdenken der Thematik vorantrieb (Zimmermann 2004; Mannschatz 1994). Dennoch zählte die 1965 in Kraft getretene Jugendhilfeverordnung die „Umerziehung von schwererziehbaren [...] Minderjährigen“ (Der Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik 03.03.1966, §1,1) zu den Aufgaben der Jugendhilfe und nicht vordergründig zum Aufgabenbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Der Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik 03.03.1966). Deshalb wurden besonders schwererziehbare Kinder mit dem Ziel der Umerziehung in Spezialkinderheime verwiesen (Sachse 2010). Der Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Einführung des Facharztes ermöglichte erst in den Folgejahren ein Umdenken. Somit kann geschlussfolgert werden, dass verhaltensauffällige Kinder 1960 selten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik überwiesen wurden und durch die Betitelung „Schwererziehbarkeit“ zwar das Verhalten umschrieben, tief greifende emotionale Störungen aber, wie diese Diagnosen heute einzustufen sind, dadurch nicht behandelt und verarbeitet wurden. Der Milieuschaden als eigenständige Diagnose oder als Ursache für die Schwererziehbarkeit wurde zwar definitionsgemäß mit dem sozialen Kontext in Verbindung gebracht, aber auch diese Patienten stellten eine Minderheit der kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel dar. Angaben der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes über die Diagnoseverteilung von 16.288 Mädchen und 18.388 Jungen im Jahr 2004 bezüglich psychischer Störungen zeigt, dass die häufigsten Diagnosen bei F92- Störungen des Sozialverhaltens und emotionalen Störungen (20,4%) sowie F43-

Belastungs- und Anpassungsstörungen (17,2%) zu finden waren. Generell war der Bereich F 90-98 als speziell Kindern zuzuordnendes Diagnosegebiet am häufigsten vertreten (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008). Im Kontrast dazu stehen die Intelligenzminderungen im Jahr 1960 als häufigste Diagnose entsprechend der ICD-10-Modifikation F 70-79. Sicherlich manifestierte sich eine Milieuschädigung oder eine Schwererziehbarkeit auch durch kognitive Defizite und/oder durch fehlende Förderung mit entsprechenden kognitiven Auswirkungen, wodurch der hohe Anteil an Intelligenzminderungen im Jahr 1960 zu erklären ist. Eine Vergleichbarkeit ist aufgrund der oben genannten Gründe aber schwer zu realisieren.

All diese Fakten spiegeln die strukturelle Modellierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie wider. Verhaltensauffälligkeiten wurden 1960 eher beiläufig erwähnt und wurden im Vergleich zur heutigen Zeit wenig Beachtung geschenkt. Die Umschreibungen „Schwererziehbarkeit“ und „Erziehungsschwierigkeiten“ rücken das Kind in den Mittelpunkt und stellen es als Problem dar, obwohl sein Verhalten die Konsequenz exogener wie auch endogener Faktoren ist, die es eigentlich zu bearbeiten gibt.

#### *IV.2.1.2 Die Behandlungsdauer und der Behandlungserfolg*

Die durchschnittliche Behandlungsdauer 1960 lag um 67 Tage. Dabei reichte die Spanne der Behandlungstage von minimal 4 bis maximal 451 Tage. Die Standardabweichung ist demnach mit +/- 70,1 Tagen relativ hoch. 20% der Patienten wiesen einen stationären Aufenthalt über 90 Tage auf.

Nach Angaben des statistischen Landesamt Baden-Württemberg 2005 betrug die mittlere stationäre Aufenthaltsdauer 6,1 Wochen (Nübling et al. 2006). Eine retrospektive Studie, die vor allem verhaltensauffällige Kinder- und Jugendliche zwischen 1991 und 2001 am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim analysierte, stellte Schwankungen der Aufenthaltsdauer zwischen 58 (+/- 53,1) und 83 (+/- 41,7) Tagen fest, wovon letztere vor allem impulsive und erstere die internalisierenden Patienten waren (Wagner et al. 2004). Warnke und Lehmkuhl stellten die durchschnittliche Behandlungsdauer von 60 Tagen als optimalen Zeitrahmen heraus (Warnke und Lehmkuhl 2010). Dies zeigt, dass die damalige Behandlungsdauer den heutigen Ansprüchen zumindest in Betrachtung des Durchschnittes gerecht wurde. Es ergibt sich aber ein anderes Bild, wenn die Diagnosegruppen einzeln betrachtet werden. Besonders lange Aufenthaltsdauern

konnte in unserer Stichprobe bei den modifizierten F 90-98- Diagnosen festgestellt werden. Dabei ergab sich im Mittel eine Aufenthaltsdauer von 90 Tagen ( $\bar{x}$  = 90,21;  $s$  = 89,643). Hierunter fiel auch die Milieuschädigung. Die Trichotillomanie wies die durchschnittlich längste Behandlungsdauer mit 95 Tagen auf. Im Vergleich zum Jahr 1998 (Lau 2008) dauerte die stationäre Behandlung der Trichotillomanie im Mittel 40 Tage; F 90-98 Diagnosen wurden zwischen 50 und 60 Tagen behandelt. Ein mittlerer Aufenthalt über 75 Tage wurde dabei nicht verzeichnet. Somit kann bei genauerer Betrachtung der Mittelwerte innerhalb der Diagnosegruppen ein deutlicher Trend hin zu kürzeren Liegezeiten beobachtet werden. Noch spezieller betrachtet fielen 1960 extrem lange Liegezeiten auf, insbesondere bei milieugeschädigten Kindern, von denen zwei Kinder zwischen 361 und 451 Tagen Aufenthalt aufwiesen. In diesen Fällen schien der Versuch milieugeschädigte Kinder zu therapieren, in den Anfängen zu stecken, weshalb eine besonders lange Aufenthaltsdauer resultierte.

Der geringe Behandlungserfolg (39,7%) symbolisiert die anfänglichen Schwierigkeiten auf dem Weg zu einer erfolgreichen kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie in Rostock. Die Erfolgsrate besserte sich im Laufe der Zeit. So stellte Hentsch (Hentsch 1999) in ihrer Arbeit bereits bei 58,7% der 1988/89 in Rostock stationär behandelten Patienten einen Behandlungserfolg fest. Im Jahr 1998 konnte ein Behandlungserfolg von 70,0% festgestellt werden (Lau 2008). Resultate des Marburger Evaluationsprojektes des Zeitraums von 1999-2006, bei dem Eltern den Behandlungserfolg beurteilten, zeigten einen Behandlungserfolg bei 75% der Patienten (Remschmidt und Mattejat 2006). Bachmann et al. untersuchten zwischen 2000 und 2007 veröffentlichte Metaanalysen und stellten heraus, dass die Erfolgsrate stark vom Krankheitsbild abhing. Dabei konnten Aufmerksamkeits- Hyperaktivitätssyndrome sowie Angststörungen sehr gute, Depressionen und Störungen des Sozialverhaltens eher wenige Erfolge verzeichnen (Bachmann et al. 2008). In unserer Studie konnten beispielsweise 75,0% der milieugeschädigten Kinder und 83,3% der abnormen kindlichen Persönlichkeiten keinen Erfolg aufweisen. Sehr gute Erfolge konnten bei der Enuresis und der Schreib-Leseschwäche (je 100%) verzeichnet werden. Somit ist zu schlussfolgern, dass aufgrund des 1960 noch ungünstigeren medizinischen und wissenschaftlichen Stands eine geringere Erfolgsrate zu sehen und für spezifische Krankheitsbilder eine längere Behandlungsdauer nötig war. Die medikamentöse Therapie spielte außerdem 1960 noch eine sehr untergeordnete Rolle. Gerhard untersuchte die medikamentöse Therapie bei behandelten Kindern der Universitätsnervenklinik Jena von 1942 bis 1945 und ambulant betreuten Kindern und Jugendlichen des Trüperschen Erziehungsheimes 1946 bis 1954. Dabei spielten Barbiturat- und Vitamingaben die größte Rolle; die Gabe weiterer Stoffe, wie Arsen

oder Strychnin, Pervitin und Ephedrin wurde eher willkürlich vollzogen. Durch die Behandlung körperlicher Erkrankungen mit Analgetika, Insulin oder Chemotherapeutika wurden deutliche Besserungen psychischer Symptomatik erzielt. Insgesamt wurden aber nur wenige Kinder medikamentös behandelt (22,5%) (Gerhard und Schönberg 2016). Auch Nissen stellte eine zunehmende medikamentöse Behandlung bei Kindern und Jugendlichen zu Beginn der 80er Jahre heraus. Zuvor, vor allem in den 60er Jahren, wurden Kinder nur ungern und selten medikamentös behandelt. Demnach erschien 1984 das erste Buch in Deutschland, welches sich mit damit auseinandersetzte. Die Akzeptanz pharmakologischer Therapien bei Kindern und Jugendlichen war in Amerika eher festzustellen. Sicherlich ist auch die Einführung der Neuroleptika und Antidepressiva als wesentlicher Faktor für die besseren Erfolgsraten sowie kürzere Behandlungsdauer zu sehen. Nissen stellte aber auch die Bedeutung eines multimodalen Therapiekonzeptes heraus, bei dem die Pharmakotherapie zwar ein wesentlicher Grundstein ist, als singuläre Therapie aber eher ineffektiv (Nissen 2009).

#### *IV.2.1.3 Intelligenzminderung als Erstdiagnose*

1960 lag der Anteil intelligenzgeminderter- oder den damals so genannten „schwachsinnigen“ Kindern und Jugendlichen bei 37,6% und stellte die größte Erstdiagnosegruppe dar. Hennicke stellte 2003 einen durchschnittlichen Anteil von 6% bei 74 Kliniken fest (Hennicke 2008). Häßler beschrieb einen Anteil von 12% im Jahr 2006 an der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Rostock (Häßler 2007; Häßler und Thome 2012). Spiel und Spiel betonen den hohen Anteil schwachsinniger Patienten in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Spiel und Spiel 1987). Vom Standpunkt einer genetischen Ätiologie hat sich die Ursachenforschung der Intelligenzminderung zunehmend zu einem mehrdimensionalen Bild beziehungsweise auch zu Ursachen von außen geändert. Mangelnde Lernanreize und soziale Kontakte sind als Ursache für Intelligenzminderung zu sehen (Spiel und Spiel 1987). Störungen während der Hirnreifung sind ebenso als Ursache zu betrachten wie das frühkindlich exogene Psychosyndrom (Nissen 1977). Auch Infektionen können ätiologisch bedeutsam sein (Schöpf 1996). In unserer Erhebung begannen bei 4 Patienten (8,5%) die Symptome nach einer durchgemachten Infektion. Frühkindliche Hirnstörungen wurden bei 22,7% (n=5) der Patienten festgestellt.

Objektive Einteilungen würden nur durch wiederholte Testungen sowie Einschätzungen erreicht werden. 4,75% der Menschen seien demnach intelligenzgemindert (Spiel und Spiel 1987). Der erste Test zur Diagnostik von Intelligenzminderungen existierte ab 1905. Ab 1956 wurde der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK) durchgeführt (Petermann 2006). In unserem Beobachtungsjahr existierte dieser Test wahrscheinlich, aber nicht sicher. Dabei liegt die Dominanz für Intelligenzstörungen beim männlichen Geschlecht mit einem Verhältnis von 1,6:1 (Neuhäuser und Steinhausen 2003). In unserer Studie lag das Geschlechtsverhältnis von männlich zu weiblich bei 2,2:1. Somit zeigt sich eine noch deutlichere Jungendominanz, dem grundlegend vererbungsspezifische Ursachen zugrunde liegen (Ropers 2006). Wie Häßler beschreibt, fallen intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche oft durch Verhaltensstörungen auf. Insbesondere die Aggression stellt er in den Vordergrund. Außerdem erleiden intelligenzgeminderte Personen 3- 4 mal häufiger psychische Störungen als normal (Häßler 2007). Generell seien Kinder mit geistiger Beeinträchtigung prädestiniert für psychische Störungen (Warnke und Lehmkuhl 2010). In der Erhebung 1960 wurden bei den intelligenzgeminderten Patienten in 34,375% der Fälle neben der Erstdiagnose „Intelligenzminderung“ weitere Störungen angegeben. Von Aggressionen war bei 14,9% (n=7) der geistig beeinträchtigten Kindern die Rede. Ebenso häufig zeigten normalintelligente Patienten aggressives Verhalten (14,1%; n=10). 18,4% (n=4) zeigten als Komorbidität eine Epilepsie.

Auffällig ist, dass intelligenzgeminderte Kinder nicht signifikant länger stationär behandelt werden mussten. Außerdem gab es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen einem niedrigerem Milieu und einer Intelligenzminderung, wenn auch- wie bereits erwähnt- 13,6% als milieugestört beschrieben wurden. Beobachtungen von 1964 beschreiben, dass die ungünstigen Milieubedingungen und der unangemessene Umgang mit der ursprünglich organischen frühkindlichen Hirnstörung seitens der Eltern zu einer milieureaktiven Verhaltensstörung führe (Nissen 1977). Signifikant häufigere Verhaltensstörungen seitens der intelligenzgeminderten Kinder konnten wir in unserer Studie nicht nachweisen.

Medikamente spielten 1960 eine untergeordnete Rolle in der Behandlung der Intelligenzminderung. So wurden 22,7% (n=10) der Kinder mit Erstdiagnose Intelligenzminderung mit Medikamenten, vorrangig Vitaminen, versorgt. In seiner Erhebung stellt Hennicke den vorrangigen Gebrauch von Neuroleptika bei geistiger Behinderung heraus. Wie bereits erwähnt, wurde der Gebrauch von Neuroleptika 1960 noch sehr vorsichtig bei Kindern und Jugendlichen vollzogen, sodass diese bei unserer Erhebung nur eine untergeordnete Rolle spielen dürften. 1952 veröffentlichte Göllnitz

eine Studie über die dreimonatige Behandlung mit Glutaminsäure an intelligenzgeminderten Patienten (mit genetischer oder exogener Ursache). Es ergaben sich keine positiven Ergebnisse bei starker Intelligenzminderung und eine Kontraindikation bei Zuständen nach Enzephalitis und antriebsgesteigerten Kindern. Bei frühkindlichen Hirnschäden und Antriebsarmut würden Milieuwechsel und individuelle Förderung ähnliche Ergebnisse erzielen (Castell et al. 2003). Eine motorisch orientierte Therapie bei geistig beeinträchtigten Patienten fördere bei starker Intelligenzminderung die Reduktion verhaltensauffälliger Symptome und Besserung der Auffassung; Stottern bessere sich in Kombination mit logopädischen Ansätzen deutlich. Frühkindliche Hirnschädigung könne nach Göllnitz 1952 mit motorischer und heilpädagogischer Förderung sowie Medikamenten (Glutaminsäure, Brom, Luminal, Hydantoin) behandelt werden (Castell et al. 2003). Dass die Entwicklung durch eine Intelligenzminderung beeinflusst wird, konnte unsere Erhebung bestätigen. Es stellte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Entwicklungsretardierungen und Intelligenzminderungen fest. Dabei wurde bei 86,4% der erfassten geistig beeinträchtigten Kinder (n=38) ein Entwicklungsrückstand vermerkt. Göllnitz untersuchte insbesondere die motorischen Retardierungen und stellte einen direkten Zusammenhang zu geistiger Beeinträchtigung fest (Castell et al. 2003). Auch Kinder mit leichter Intelligenzminderung sind in ihrer sprachlichen Entwicklung retardiert (Rißling und Petermann 2012).

Insgesamt sieht Henniscke die Versorgungssituation geistig behinderter Kinder auch heute noch sehr kritisch, wenn auch die Diagnostik und Therapie auf einem hohen Stand ist. Jedoch gäbe es zu wenig Schwerpunktkliniken (Henniscke 2008). Im Umkehrschluss kann man aus dieser Aussage interpretieren, dass es bisher im Laufe der Zeit nicht gelungen ist, die Versorgungssituation geistig behinderter Patienten im vollen Umfang zu verbessern bzw. gar zu gewährleisten. Insgesamt spiegelt unsere Erhebung die wissenschaftlichen Erkenntnisse hinsichtlich Ätiologie und Folge einer Intelligenzminderung wider. Unser Patientengut wies sowohl angeborene Hirnstörungen als auch erworbene, die Intelligenz beeinflussende Störungen auf, wie Infektionen oder auch milieubedingte Ursachen. In unserer Erhebung konnte eine leichte Besserung der Symptome in 47,9% bei der Intelligenzminderung erreicht werden. Milieubedingte Ursachen, die sich in Form einer Intelligenzminderung äußern, können diese Zahl erklären. Durch den stationären Aufenthalt bedingte Loslösung vom häuslichen Umfeld besserte die Symptomatik (Kind 1997). Dass intelligenzgeminderte Kinder in ihrer Entwicklung retardiert sind, konnte ebenfalls bestätigt werden. Generell ist der Anteil intelligenzgeminderter Kinder an der Klientel der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung Rostock gesunken, was verschiedene Ursachen

haben kann. Insbesondere die Vorsorge für Schwangere hat sich- wie auch die pränatale Diagnostik- verbessert; Hirnentwicklungsstörungen und auch genetische Störungen können frühzeitig aufgedeckt werden. Im Hinblick auf milieureaktive Störungen könnte der sinkende Anteil intelligenzgeminderter Kinder durch die verbesserte Struktur der Jugendhilfe erklärt werden, die ein frühzeitiges Eingreifen in desolate familiäre Strukturen realisiert und traumatische Störungen verhindert. In unserer Erhebung ist festzustellen, dass nach Abschluss der stationären Behandlung der Erstdiagnosen Intelligenzminderung bei 83,3% (n=10) eine Heimeinweisung geplant, empfohlen oder durchgesetzt wurde. Aufgrund der geringen Anzahl an Angaben ist die Aussagekraft aber als gering zu werten. Dennoch kann die Vermutung geäußert werden, dass durch ein breiteres Aufgabenfeld der Jugendhilfe und dadurch ein früheres Eingreifen diese Heimeinweisungen hätten verhindert werden können beziehungsweise die Symptomatik durch früheres Eingreifen nicht zu einer Heimeinweisung geführt hätte. Anhand der stationären Klientel des Jahrganges 1960 kann man aufgrund des relativ geringen Anteils heimerfahrener Kinder und Jugendliche sowie die anteilmäßig geringe Weiterbetreuung in Kinderheimen oder durch die Jugendhilfe von einer eher schwachen Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch Kinder- und Jugendhilfe sprechen.

Die Diagnosen betreffend zeigten sich der wissenschaftliche Wandel sowie das Verständnis für kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder. Auch hier zeichnete sich bei einigen Diagnosen die geringe Kooperation beider Instanzen ab und es ließ sich außerdem feststellen, dass auch die Gesellschaft einige Störungsbilder nicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie zuschrieb, sondern diese durch kapitalistischen Einfluss begründet sah. Des Weiteren zeigen sich anhand Behandlungsdauer und Behandlungserfolg, welche Fortschritte die Kinder- und Jugendpsychiatrie erreicht hat. Insgesamt zeichnet der Jahrgang 1960 symbolisch die Anfänge der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch den Beginn einer effektiven Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie auf.



#### ***IV.2.2 Diskussion der Ergebnisse des Vergleichs der Jahrgänge 1960 und 1988/89***

Die Versorgungsstruktur für hilfebedürftige Kinder und Jugendliche spielt eine wesentliche Rolle. Dabei ist eine enge Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe nötig, um Störungsbilder frühzeitig zu erkennen und Auffangstrukturen zu bilden. Im Zuge gesellschaftlicher, struktureller und gesetzlicher Veränderungen wurden auch die beiden Systeme beeinflusst. Die Frage ist, inwiefern sich die Kooperation beider Instanzen veränderte, welche Folgen für Kinder und Jugendliche daraus resultierten und ob sich die Merkmale der behandelten Klientel änderten. Auf Grundlage dieser Überlegungen wurden die heimerfahrenen Patienten der Jahre 1960 und 1988/89 untersucht.

##### ***IV.2.2.1 Die Klientel***

Betrachtet wurden im Jahr 1960 170 Patienten, die vorwiegend psychiatrische Diagnosen aufwiesen. Insbesondere wurden jene fokussiert, welche bereits im Heim lebten bzw. nach der stationären Behandlung in ein Heim eingewiesen werden sollten. Somit waren 10,0% (n=17) der Patienten dieser Gruppe zuzuordnen. Im Vergleich zu 1988/89 (Hentsch 1999) ist der Anteil mit ca. 14% bereits höher, wobei die absolute Anzahl bei 49 Patienten liegt. Die Anzahl der heimerfahrenen Kinder hat sich im Laufe der Jahre mehr als verdoppelt. Nach Hentsch waren im Jahr 1991 19,3% der Patienten fremdplatziert bzw. sollten fremdplatziert werden (Hentsch 1999). Eine Studie von Lau für das Jahr 1998/99 zeigte eine Fortführung dieses Trends. Dabei stieg der Anteil heimerfahrenen Kinder auf 35,4% (Lau 2008). Eine Ignoranz für psychische Störungsbilder oder Bemühungen, diese in Zusammenhang mit pubertärem Verhalten zu sehen ist nach Alsaker und Bütikofer gegeben (Alsaker und Bütikofer 2005) und kann somit auch als Ursache für die ursprünglich geringe Inanspruchnahme gelten.

Eine weitere Ursache für die vermehrte Inanspruchnahme stellt das neue Kinder- und Jugendhilfegesetz 1991 dar, welches die Aufmerksamkeit und Akzeptanz für psychiatrische Störungsbilder erhöhte und wodurch die Einweisung von erkrankten Kindern eher realisiert worden ist. Angaben des statistischen Bundesamtes zeigen, dass- Gesamtdeutschland betrachtet- im Verlauf von 1991 bis 2006 mehr Kinder und Jugendliche (bis 18 Jahre) Maßnahmen der Jugendhilfe in Anspruch nahmen. Waren es 1991 noch 206 auf 10.000 der jeweiligen Bevölkerungsgruppe, stellten 2006 409 je

10.000 der Bevölkerungsgruppe Anspruch auf Jugendhilfemaßnahmen. Außerdem wurde herausgestellt, dass im Verlauf von 1991 bis 2006 mehr Eltern eine Erziehungsberatung aufsuchten. Dies zeigt den Wandel, welcher durch das neue Kinder- und Jugendhilfegesetz realisiert werden konnte. Das neue Gesetz unterstützt auch Maßnahmen der Prävention, sodass die steigende Anzahl der Personen mit Kontakt zur Jugendhilfe erklärt werden kann. Andererseits wird durch das neue Jugendhilfegesetz auch der Kontakt zum Elternhaus intensiviert, was die steigende Nachfrage von Beratungsstellen zeigt (Statistisches Bundesamt 2008). Somit kann im Umkehrschluss auch der geringere Anteil an Personen mit Kontakt zu Jugendhilfe in den Jahren 1960 bzw. 1988/89 erklärt werden, da es sich um die Zeit vor der Neumodellierung der Jugendhilfe handelte (Sachse 2010). Das bedeutet, dass die wachsende Zahl aufgenommener heimerfahrener Kinder und Jugendliche auch die wachsende Nachfrage für Institutionen der Jugendhilfe widerspiegelt. Die steigende Zahl aufgenommener heimerfahrener Kinder und Jugendliche zeigt aber auch die bessere Kooperation zwischen den beiden Instanzen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Das Geschlechterverhältnis lag 1960 bei 1:2, wobei der Jungenanteil überwog. Ähnliche Verteilungen finden sich auch in anderweitigen Quellen (Schmid et al. 2006; BMFSFJ 2002). Im Vergleich zum Jahr 1988/89 stieg dieser Anteil auf 80%. Grundlegend ist festzustellen, dass der Anteil der Jungen bis zum 18. Lebensjahr dominierte. Als Ursache dafür kann angenommen werden, dass Jungen häufiger externalisierende Störungsbilder aufweisen und Mädchen vor allem internalisierende Symptomatik zeigen (Hölling et al. 2014; Engel et al. 2009; Ihle und Esser 2002; Merikangas et al. 2009; Eggers et al. 1993). Darüber hinaus weisen Studienergebnisse auf eine erhöhte Anfälligkeit für psychische Störungen seitens der Jungen in der Kindheit, während Mädchen in der frühen Jugendzeit häufiger von diesen betroffen sind (Petermann 2005; BMFSFJ 2002). Dabei ist zu betonen, dass die knabenwendigen Störungsbilder aufgrund ihrer externalisierenden Form häufiger und zudem auch eher erkannt werden (Vierzigmann und Rudeck 1998; Statistisches Bundesamt 2008; McGee et al. 1995; Eggers et al. 1993). Eggers schlussfolgert vom Überwiegen männlicher Geburten und dem Auftreten von Hirnschädigungen auf Konsequenzen für die geistige Entwicklung (Eggers et al. 1993).

Bezüglich des Alters ist eine zunehmende Tendenz festzustellen. Während 1960 die Patienten durchschnittlich 9,18 Jahre alt waren, sind sie 1988/89 9,6 Jahre. Generell manifestieren sich zu Beginn dieses Alters sowohl psychische als auch körperliche Veränderungen, durch die Verhaltensauffälligkeiten erklärt werden können. Laut Robert- Koch- Institut ist die Altersgruppe zwischen 7 und 10 Jahren besonders anfällig

für psychische Probleme (Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008). Unangemessenes Verhalten im Jugendalter wurde 1960 anderweitig interpretiert (Hoffmann 1981). Beobachtet man die Klientel der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie Rostock im Verlauf, nimmt das Alter weiter zu (10,9 Jahre im Jahr 1991/92; 13 Jahre 1998/99 (Lau 2008)). Durch die Einführung des Jugendhilfegesetzes und den damit verbundenen präventiven Maßnahmen wurden spezifische Störungsbilder schneller und häufiger erkannt, die Neuordnung der Kinder- und Jugendhilfe bedingte einen differenzierteren Umgang mit delinquentem Verhalten als zuvor. Die Instanz Jugendhilfe wurde als Beratungsstelle häufiger in Anspruch genommen und erhielt einen positiveren Ruf (Statistisches Bundesamt 2008). Die gesellschaftlichen Umbrüche bedingten aber auch für die Jugendlichen veränderte Bedingungen, auch bezüglich Verhalten und Entwicklung, teilweise mit Konsequenzen und Anfälligkeit (Flösser et al. 1996). Es zeigte sich bei stationärer Aufnahme eine Häufung fremdplatzierter Kinder in der Altersspanne zwischen 6 und 8 Jahren. Auch bei Hentsch (Hentsch 1999) konnte eine vermehrte Anzahl heimerfahrener Kinder zwischen 6 und 9 Jahren im Jahr 1988/89 festgestellt werden. Dies kann im Zusammenhang mit den oben genannten Ursachen gesehen werden.

#### *IV.2.2.2 Diagnosen*

Ein signifikanter Unterschied innerhalb beider Jahre ist bei den Diagnosen zu finden. Dabei waren 1960 mehr Entwicklungs- und Intelligenzstörungen, 1988/89 deutlich mehr Störungen des Verhaltens und emotionale Störungen zu finden. Insgesamt zeigten 1960 53,3% (n=8) der heimerfahrenen Patienten Verhaltensstörungen. Störungen des Sozialverhaltens fanden sich bei 40% (n= 6) dieser Patienten, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen konnten bei 33,3% (n= 5) der Patienten und Störungen des Sozialverhaltens und der Emotion bei 6,6 % (n=1) ermittelt werden. Hentsch stellte ebenfalls diese Reihenfolge dar.

Anteilig traten 1960 bei Jungen und Mädchen Störungen des Sozialverhaltens etwa gleich häufig auf. Es wiesen mehr Jungen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen auf als Mädchen. Störungen der Emotion traten bei einem Jungen auf. Hentsch formulierte ein Überwiegen männlicher Patienten mit Störungen im Sozialverhalten und im Bereich Aufmerksamkeit und Aktivität, was auch in unserer Studie vorlag (Hentsch 1999). Dass das Auftreten von Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen bei Jungen stärker ausgeprägt ist, konnte auch in diversen Studien nachgewiesen werden. Dabei wurden emotionale Störungen vermehrt bei

Mädchen gefunden (Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008; Hölling et al. 2014; Lehmkuhl 2009). Zwar zeigen nachweislich mehr Jungen aggressives Verhalten, doch die Dominanz des Geschlechts minimiert sich beim Vorliegen extremer Aggressionsformen (Alsaker und Bütikofer 2005). Auch in unserer Studie 1960 konnte festgestellt werden, dass aggressives Verhalten nicht vom Geschlecht abhängig war.

Wie auch bei Hentsch war die häufigste Symptomatik bezüglich des Verhaltens das Auftreten von Aggressionen. Ebenso häufig fiel bei uns die Hypermotorik auf. Auch bei Hentsch folgte die Hypermotorik, jedoch mit etwas geringerem Anteil (Hentsch 1999). Ein Drittel der heimerfahrenen Kinder 1960 zeigten 2 bis 3 Verhaltensstörungen gleichzeitig. Dabei trat die Kombination von Aggression und Unruhe sowie Hypermotorik und Konzentrationsstörungen am häufigsten auf. Hentsch konnte bei 27% der Klientel Symptomkomplexe dissozialen Verhaltens finden. Auffallend ist das vermehrte Auftreten von diversen Verhaltensstörungen im Vergleich beider Jahrgänge. Dabei ergaben sich signifikante Unterschiede im Auftreten von Aggression, Hypermotorik und Konzentrationsstörungen.

Es ist anzunehmen, dass diese Symptomatik 1960 noch keine Bedeutung einer psychiatrischen Erkrankung beigemessen wurde und deshalb eher anderweitig versucht wurde, diese zu behandeln (Zimmermann 2004). Somit wurden Kinder mit diesem Verhalten auch nicht so häufig in der Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie gefunden. Die Erforschung des Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndrom ist um 1960 erst in seinen Anfängen. Rothenberger und Neumärker berichten über die vermehrte Forschung bezüglich des Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätssyndroms nach 1960. Zuvor wurde von einer Hirnschädigung oder Dysfunktion im Gehirn ausgegangen, aus der diese Verhaltensauffälligkeiten resultieren. Die Häufigkeit dieser Störung wurde- gegensätzlich zur amerikanischen Auffassung- in Europa als selten eingestuft (Rothenberger und Neumärker 2005). Somit waren diese Symptome in der damaligen Klassifikation auch nicht zu finden (DIMDI 2016). Aufgrund dieser historischen und medizinischen Entwicklung sind Diagnosen, die vorwiegend den Bereich F 90-98 betreffen, auch deutlich häufiger im Jahr 1988/89 zu finden.

#### *IV.2.2.3      Intelligenzminderung*

Mehr als die Hälfte (53,5%) der heimerfahrenen Kinder 1960 wies eine Intelligenzminderung auf, vor allem die leichte Intelligenzminderung (33,3%) überwog. Im Gegensatz zu Hentsch mit 34,0% intelligenzgeminderter Patienten ist der Anteil recht groß (Hentsch 1999). Ursache könnte in der geringen sozialen und kognitiven Förderung in den Heimen liegen. Hasselhorn et al. beschrieben solche Deprivationssyndrome bei Heimkindern (Hasselhorn et al. 2007). Köttgen und Weidemann beschrieben das Verkümmersyndrom von Heimkindern, deren Entwicklung um ein Fünftel zurücklag (Köttgen und Weidemann 1959). Die Gründe für dieses Syndrom könnten in der schlechten pädagogischen Ausbildung des Heimpersonals sowie der mangelnden finanziellen Unterstützung liegen (Zimmermann 2004). Ebenfalls fand sich keine Übereinstimmung mit Hentsch bezüglich des höheren Mädchenanteils bei Intelligenzstörungen.

#### *IV.2.2.4      Behandlungserfolg*

Bezüglich des Behandlungserfolges ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Untersuchungszeiträumen. 1960 war der Anteil von erzielten Behandlungserfolgen mit 20,0% (n=3) gegenüber 1988/89 mit 58,7% (n= 27) deutlich geringer. Diese Fakten zeigen die Verbesserung der Struktur und der Arbeitsweise in der psychiatrischen Abteilung, die 1960 noch in den Kinderschuhen lag und dem teilweise noch Fachpersonal fehlte (Castell et al. 2003). Ebenso existierte 1960 noch kein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Spezielle Behandlungs- und Therapieformen fügten sich erst im Laufe der Jahre in den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (Warnke und Lehmkuhl 2010).

In der Arbeit von Lau (Lau 2008) konnte gar eine Erfolgsrate von 70,0% verzeichnet werden. Diese positive Tendenz symbolisiert die Entwicklung, die die Kinder- und Jugendpsychiatrie seit ihrer Abnabelung von der Erwachsenenpsychiatrie erreicht hat.

#### *IV.2.2.5      Risikofaktoren*

##### *IV.2.2.5.1      Suchterkrankungen der Eltern*

Als Risikofaktor für die Ausbildung von Störungen kann die Suchterkrankung der Eltern angesehen werden, die in beiden Jahren ähnlich hoch war (1960: 33,4% ; 1988/89: 34,7%). Wenn auch im Jahr 1960 keine signifikante Abhängigkeit zwischen Fremdplatzierung und Suchterkrankung der Eltern zu verzeichnen war, ist ein gehäuftes Auftreten auffälligen Verhaltens bei abhängigen Eltern belegt (Boskamp und Theisen 2002; Thomasius et al. 2009). Insbesondere das Risiko für die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung ist erhöht (Thomasius et al. 2009).

##### *IV.2.2.5.2      Geschwisteranzahl und Anzahl der Geschwister im Heim*

Es zeigt sich in beiden Jahren eine Dominanz an Einzelkindern oder ältesten Kindern, die fremdplatziert worden. Eine große Anzahl an Geschwistern sowie ein geringer Altersabstand zum nächsten Geschwisterkind zählt als Risikofaktor (Cierpka 2014). Dies widerspricht den mehrheitlichen Befunden bei Einzelkindern in unserer Untersuchung sowie im Jahr 1988/89, weshalb angenommen werden kann, dass bezüglich der Einzelkinder andere Faktoren vorliegen müssen. Shepherd zeigte, dass Einzelkinder das geringste; die ältesten Geschwister das größte Risiko besitzen, psychische Störungen zu entwickeln (Shepherd et al. 1973). Insbesondere die entstehende Rivalität zum jüngeren Geschwisterkind kann als Ursache für die Anfälligkeit ältester Geschwister angesehen werden (Brisch 2014). Aufgrund finanzieller Engpässe leben kinderreiche Familien häufiger in Gebieten mit vorherrschend niedrigem sozialen Milieu (Mansel und Neubauer 1998). Geringere individuelle Förderung wirken sich ebenso nachteilig aus wie mütterliche Überlastung.

Signifikante Unterschiede sind aber in der Anzahl der Geschwister, die ebenfalls im Heim lebten, zu verzeichnen. Dabei stieg der Anteil von 1960 mit 21,3% (n=3) zu 68,0% (n=21) im Jahr 1988/89. Die strukturelle Verbesserung und der Ausbau der Kinder- und Jugendhilfe sicherte ein frühzeitiges Eingreifen in desolate familiäre Verhältnisse und zeigte ein optimierteres Beobachtungsorgan als 1960 (Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2008).

#### *IV.2.2.5.3 Milieu*

80,0% im Jahr 1960 und 52,1% der Kinder 1988/89 kamen aus schlechten Milieuverhältnissen. Milieu- und Wohnverhältnisse wirken sich auf die psychische Entwicklung von Kindern aus, beeinflussen Leistung und motorische Entwicklung sowie die Persönlichkeitsentwicklung. Ungünstige Milieuverhältnisse führen zu delinquentem Verhalten, schulischen Leistungseinbußen und weiteren Auffälligkeiten (Petri und Rosenberg 1979). Ungünstige Milieubedingungen wirkten sich 1960 signifikant auf eine Heimerziehung aus. Somit kann das Milieu als wesentlicher Risikofaktor für die Heimerziehung angesehen werden (Cierpka 2014). Im Zeitverlauf ist eine Besserung der Milieuverhältnisse zu beobachten. So gab es in der Arbeit von Hentsch (Hentsch 1999) bereits einen signifikanten Unterschied zwischen den Jahren 1988/89 und 1991/92 bezüglich der Milieuverhältnisse, was durch gesellschaftliche Veränderungen und durch das frühe Eingreifen seitens der Jugendhilfe erklärt werden kann. Die deutliche Besserung hinsichtlich der Jahre 1991/92 ist wiederum durch das neue Kinder- und Jugendgesetz zu erklären (Statistisches Bundesamt 2008).

#### *IV.2.2.5.4 Familiäre Situation*

Die Anteile von „Normalfamilien“ sind in beiden Jahrgängen als gering einzuschätzen. Scheidung und Trennung der Eltern erhöhen ebenso das Risiko für Störungen wie alleinerziehende Mütter (Cierpka 2014). Lehr formuliert die Entstehung diverser Persönlichkeits-, Entwicklungs- und Anpassungsstörungen infolge einer Trennung vom Vater und unterstreicht dessen Bedeutung als Vorbild (Lehr 1978). Shepherd et al. betonen dabei noch die vermehrte Besorgnis von Müttern geschiedener Kinder und postulieren die vermehrte Anfälligkeit dieser Mütter, eigene psychische Störungen zu entwickeln (Shepherd et al. 1973). Auch Petri misst ungünstigen familiären Strukturen eine Bedeutung für auffälliges Verhalten zu (Petri und Rosenberg 1979). Doch nicht nur Scheidung, sondern auch anhaltendes Streiten in der Familie können emotionale Störungen der Kinder hervorrufen, sodass auch von außen harmonisch und intakt scheinende Familien sich ungünstig auf die Kindesentwicklung auswirken (Nissen und Trott 1995). Die Belastung und die Überforderung mit der Situation sowie die Umstellung der Lebensverhältnisse für das Kind sind erklärend für die Ausbildung psychischer Störungen. Feste Bindungen und Strukturen werden gelöst; die Bewältigung dieser Umorientierung sind Kinder nicht gewachsen und machen sie anfälliger für Störungsbilder.

### **IV.3 Thesen dieser Arbeit**

1. Gesellschaftliche Einflüsse prägen die Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Jahr 1960 dominierte die Auffassung, dass Kinder und Jugendliche durch ein umfangreiches Betreuungskonzept optimal versorgt waren und Jugendhilfemaßnahmen minimiert werden konnten. Auffälliges Verhalten entstand durch grenzüberschreitende negative Einwirkungen.
2. Eine Kooperation zwischen den Instanzen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie war aufgrund der Unreife beider Seiten nur in kleinem Umfang möglich und konnte sich erst nach Umstrukturierung und weiterer Entwicklung verbessern. Insbesondere das Kinder- und Jugendhilfegesetz stellte dafür einen grundlegenden Faktor dar.
3. Sowohl die Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch die Kinder- und Jugendhilfe vollzog eine merkliche strukturelle Umwandlung sowie eine Entwicklung, die sich anhand des Vergleiches zwischen den Jahren 1960 und 1988/89 nachvollziehen lässt. Die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe hat sich im Laufe der Zeit deutlich gebessert. Die Zahl der heimerfahrenen Kinder stieg zwischen den Vergleichsjahren deutlich an.
4. In einer retrospektiven Studie sollte die Arbeit und Struktur der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Kooperation mit Instanzen der Jugendhilfe untersucht und analysiert werden.
5. Dabei wurde das Patientengut der Kinderneuropsychiatrie Rostock des Jahres 1960, insbesondere jenes mit psychiatrischer Diagnose (n=170), analysiert. Ein Vergleich mit dem Jahr 1988/89 (Hentsch 1999) stellte die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie allgemein und in Rostock dar.
6. Daten zur Person, Familienverhältnissen, klinischen Merkmalen und zur Versorgung wurden mithilfe eines dafür erstellten Punktesystems zusammengefasst und statistisch analysiert.



7. 10,0% der psychiatrisch auffälligen Kinder waren fremdplatziert oder eine Fremdplatzierung war geplant. Bezüglich aller in diesem Jahr aufgenommenen Patienten lag der Anteil heimerfahrener Kinder demnach bei 6,3%.
8. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständiges Fachgebiet befand sich 1960 noch in seinen Anfängen, was sich auch anhand der unspezifischen Diagnosefindung manifestiert. Eine ähnliche Symptomatik ergab differente Diagnosen.
9. Behandlungserfolge wurden 1960 wesentlich seltener verzeichnet. Spezielle Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere die medikamentöse Therapie, hatten einen geringeren Stellenwert.
10. Die Intelligenzminderung als häufigste Erstdiagnose stellt beispielhaft die ungünstige Versorgungssituation dar. Ungenügende Behandlungsmöglichkeiten haben eine häufige Überweisung in Heimeinrichtungen als Konsequenz; durch unqualifiziertes Personal in den Heimeinrichtungen ist eine individuelle Förderung nicht gegeben.
11. Schwererziehbare Patienten gehörten zur Minderheit der Gesamtklientel. Die erforderliche „Umerziehung“ wurde von Organen der Jugendhilfe vollzogen.
12. Behandlungserfolge wurden bei heimerfahrenen Kindern nur selten verzeichnet; die Behandlungsdauer unterschied sich nicht deutlich von nicht-fremdplatzierten Kindern.
13. Fremdplatzierte Kinder fielen im Jahr 1960 signifikant häufiger mit Hypermotorik auf. Im Vergleichsjahr 1988/89 traten Hypermotorik, Konzentrationsstörungen sowie Aggression signifikant häufiger auf.
14. Heimerfahrene Kinder wiesen signifikant häufiger schlechte Milieuverhältnisse auf.
15. Die Kombination mehrerer Risikofaktoren, wie Substanzmissbrauch der Eltern, schlechten Milieuverhältnissen und ungünstigen familiären Strukturen, erhöht das Risiko einer Heimeinweisung.

## IV.4 Zusammenfassung

In einer Zeit, in der Gleichheit und Gleichberechtigung gefordert wurden und die Annahme bestand, Fehlverhalten sei durch negative Einflüsse aus anderen Gesellschaftsformen zu begründen, stand primär die Umerziehung dieser Kinder und Jugendlichen im Vordergrund. Jugendorganisationen, gemeinsame Projekte und Ausflüge sollten die Kinder für das politische System begeistern und unerwünschtes Verhalten vorbeugen. So wurde die Annahme vertreten, dass in diesem System Vernachlässigung von Kindern keine Rolle spielen kann. Aus diesem Grund wurde die Jugendhilfe auf ein Minimum reduziert und eher ignoriert. In dieser Zeit, um 1960, etablierte sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständiges Fachgebiet aus der Erwachsenenpsychiatrie und der Pädiatrie kommend. Eine Ausbildung auf diesem Fachgebiet war noch nicht möglich; die Therapiemöglichkeiten und Diagnostiken noch beschränkt, doch der Grundgedanke, traumatisierte und vernachlässigte Kinder, die es zu dieser Zeit eben doch gab, zu behandeln und zu heilen, trieb die Entwicklung voran. Die Kooperation beider Instanzen, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie, schien erschwert. Auch gegenwärtig stellt sich diese Zusammenarbeit trotz der Veröffentlichung von Richtlinien problematisch dar, da die Zuständigkeiten meist nicht eindeutig sind. Im Hinblick auf die Analyse des Patientengutes sowie die gegenseitige Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde diese Erhebung vorgenommen.

In einer retrospektiven Studie wurden die Daten der 170 Patienten mit vorwiegend psychiatrischer Diagnose der Klinik für Kinderneuropyschatrie Rostock des Jahres 1960 analysiert. Das Geschlechtsverhältnis von weiblich zu männlich betrug 1:3 bei einem Durchschnittsalter von 8,29 Jahren. Mit zunehmendem Alter sank der Anteil aufgenommener Patienten, dies aber nicht signifikant. Ein stationärer Aufenthalt dauerte durchschnittlich 67, 47 Tage. Die meisten Einweisungen erfolgten durch einen niedergelassenen Arzt (30,1%), Jugendhilfeorgane lagen an vierter Stelle (11,5%); dem Kinderheim kam die geringste Bedeutung zu (4,4%). Auch die Weiterbehandlung erfolgte in den meisten Fällen durch einen niedergelassenen Arzt (52,2%). Ein Behandlungserfolg konnte bei 39,7% verzeichnet werden, davon wurden 23,3% als deutlich und 16,4% als leicht gebessert bewertet. In 64,4% wuchsen die Kinder mit ihren leiblichen Eltern auf. 65,4% der Mütter und 94,7% der Väter waren berufstätig. Der Anteil an Vätern mit Alkoholabusus lag bei 15,1%. 20,9% der Mütter und 22,9% der Väter waren psychiatrisch auffällig bzw. krank. 62,5% der Patienten wurden als intelligenzgemindert bezeichnet. Intelligenzgeminderte Kinder waren signifikant häufiger von Entwicklungsverzögerungen betroffen ( $p = 0,001$ ). 47,2% der Patienten

kamen aus einem niedrigen Milieu. Dabei zeigten heimerfahrene Kinder signifikant häufiger schlechte Milieuverhältnisse ( $p=0,010$ ). Verhaltensstörungen traten bei 29,7% der Kinder auf. Fremdplatzierte Kinder zeigten signifikant häufiger Hypermotorik als Nicht- Fremdplatzierte ( $p=0,043$ ). Stehlen trat bei älteren Kindern signifikant häufiger auf ( $p=0,021$ ). In 37,6% und damit als häufigste der Erstdiagnosen wurde eine Intelligenzminderung angegeben. Um strukturelle und gesellschaftliche Einflüsse untersuchen zu können, vor allem mit Fokus auf die Organe der Jugendhilfe, wurde ein Vergleich der heimerfahrenen Patienten mit dem Jahr 1988/89 (Hentsch 1999) durchgeführt.

Der Anteil der heimerfahrenen Patienten in Bezug zum Gesamtklientel 1960 betrug 10%. Im Jahr 1988/89 fiel der Anteil auf 14%. Die Einweisung erfolgte in beiden Jahren überwiegend durch das Heim selbst (1960: 36,7%; 1988/89: 33,3%). 46,7% 1960 und zwei Drittel im Jahr 1988/89 wurden durch das Kinderheim weiterbehandelt. 1988/89 wurden signifikant mehr Behandlungserfolge erzielt als 1960 ( $p=0,009$ ). Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Wiederholungen der Behandlungen oder dem IQ. 1988/89 gab es signifikant mehr Geschwister im Heim ( $p=0,015$ ). Die Diagnosen unterschieden sich signifikant in den beiden Jahrgängen ( $p=0,013$ ). 1960 war das Auftreten von Aggressionen signifikant weniger als im Vergleichsjahr ( $p=0,034$ ). Auch Konzentrationsstörungen ( $p=0,003$ ) und Hypermotorik ( $p=0,003$ ) zeigten sich signifikant seltener. Somit ist festzustellen, dass mit struktureller Verbesserung der Jugendhilfe auch die Fremdplatzierungsrate steigt. Dies zeigt sich deutlich bei der Gesamtanzahl der heimerfahrenen Patienten im jeweiligen Jahr sowie der Anzahl der Geschwister im Heim. Bezüglich der Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Störungen sind in beiden Jahren ähnliche Tendenzen eruierbar. Es fanden sich geringe Anteile von Normalfamilien, niedrige Mileuverhältnisse, ein hoher Anteil von Substanzmissbrauch der Eltern und auch bezüglich der Geschwisteranzahl und der Stellung in der Reihenfolge ergaben sich Gemeinsamkeiten. Diese Ergebnisse sind bezüglich einer Heimeinweisung nicht abhängig, doch können aufgrund der hohen Anteile als einflussgebend betrachtet werden. Die Kombination mehrerer Faktoren hat sicherlich einen größeren Einfluss als ein einzelner Parameter.

Im Hinblick auf die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ergaben sich grundlegend wenige Unterschiede. Auffallend zeigte sich aber die Absolutzahl heimerfahrener Patienten. In Bezug zur Gesamtklientel der einzelnen Jahrgänge ergaben sich Unterschiede. Das zeigt, dass sowohl Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch Kinder- und Jugendhilfe 1988/89 deutlich mehr Kinder aufnahm und behandelte. Ursache dafür sind einerseits in der strukturellen

Verbesserung beider Instanzen, die sich 1960 gleichermaßen in ihren Anfängen befanden, andererseits aber auch durch das bessere Verständnis für kinder- und jugendpsychiatrische Störungen, deren Verlauf und Therapie. Kinder und Jugendliche, die 1960 als schwererziehbar galten, wurde eine psychotherapeutische Behandlung vorenthalten, weil sie im gesellschaftlichen Kontext nicht als krank, sondern als „Protestler“ gegen das gesellschaftliche System galten. Erst in der Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einem eigenständigen Fachgebiet und der Akzeptanz in der Gesellschaft begriff man, dass traumatische Erlebnisse oder exogene Ursachen das Verhalten des Kindes maßgeblich beeinflussen, dass Milieuverhältnisse eine Pseudodebilität verursachen oder dass „Störenfriede“ wirklich krank sein können.

## V. Literaturverzeichnis

Alsaker, F. D.; Bütikofer, A. (2005): Geschlechtsunterschiede im Auftreten von psychischen und Verhaltensstörungen im Jugendalter. In: *Kindheit und Entwicklung* 14 (3), S. 169–180.

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (Hg.) (2012): Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR – Bericht. Berlin: Eigenverlag Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe- AGJ.

Bachmann, M.; Bachmann, C.; Rief, W.; Mattejat, F. (2008): Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 36 (5), S. 321–333.

Bätzing-Lichtenthäler, S./ Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz (MSAGD) (01.07.2015): 88.

Gesundheitsministerkonferenz/ Umlaufbeschluss Nr.9. Online verfügbar unter <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?uid=114&jahr=2015>, zuletzt geprüft am 15.06.2016.

Bauer, R.; Bösenberg, C. (1979): Heimerziehung in der DDR. Frankfurt/Main, New York: Campus-Verlag (Campus soziale Probleme).

Beck, N.; Warnke, A. (2009): Jugendhilfebedarf nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 37 (1), S. 57–67.

Becsky, S.; Dreber, M.-L.; Hänisch, D. (2008): Kinder- und Jugendpolitik. Kinder- und Jugendhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. Strukturen, Institutionen, Organisationen. Erw. und aktualisierte Neuaufl. Bonn: IJAB.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hg.) (2012): Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Daten-Fakten-Zahlen. Hamburg.

Binswanger, O. (1892): Über die Irrenfürsorge in Mecklenburg. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* (25), S. 596–597.

Boskamp, P.; Theisen, H. (Hg.) (2002): Krisen und Chancen unserer Gesellschaft. Ein interdisziplinärer Überblick. Sucht als Krisensymptom. Berlin: Wostok.

Brisch, K. H. (2014): Säuglings- und Kleinkindalter. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Bindungspsychotherapie - Bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie, 2).

Bühl, A. (2008): SPSS 16. Einführung in die moderne Datenanalyse. 11., überarb. und erw. Aufl. München: Pearson Studium (st - Scientific tools).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2015): Vorschlag für ein Hilfesystem für Menschen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1975 (Bundesrepublik Deutschland) bzw. 1949 bis 1990 (DDR) in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben., 31.08.2015. Online verfügbar unter [http://www.veh-ev.eu/home/veh-evinf/public\\_html/wp-content/uploads/2015/10/31.08.2015\\_Vorschlag-an-die-CdS-Konferenz.pdf](http://www.veh-ev.eu/home/veh-evinf/public_html/wp-content/uploads/2015/10/31.08.2015_Vorschlag-an-die-CdS-Konferenz.pdf), zuletzt geprüft am 15.06.2016.

Bundesministerium für Familie; Senioren; Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin: Eigenverlag.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2014): Kinder- und Jugendhilfe. Achtes Buch Sozialgesetzbuch. Berlin: Eigenverlag.

Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BVMFSFJ) (Hg.) (2002): Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Burghoff, L. (1993): Informations-, Beratungs-, Fortbildungsdienst Jugendhilfe in den neuen Bundesländern. Von der Improvisation zur Institution. In: *Jugendhilfe* 31 (1), S. 2–7.

Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Cierpka, M. (Hg.) (2014): Frühe Kindheit 0 - 3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. 2., korr. Aufl. Berlin: Springer.

Der Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik (03.03.1966): Verordnung über die Aufgaben und die Arbeitsweise der Organe der Jugendhilfe (Jugendhilfeverordnung). In: *Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik* (34), S. S. 215–226.

Der Vorsitzende des Staatsrates der Deutschen Demokratischen Republik W. Ulbricht (25.02.1965): Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem. In: *Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik* (Teil I), S. 83.

Der Vorsitzende des Staatsrates der Deutschen Demokratischen Republik W. Ulbricht (12.01.1968): Strafgesetzbuch der Deutschen Demokratischen Republik. In: *Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik*, S. 1.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) (Hg.) (2013): Memorandum anlässlich des XXXIII. Kongresses der DGKJP. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 41 (Sonderheft).

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (2016): Homepage der DGKJP. Online verfügbar unter [www.dgkjp.de](http://www.dgkjp.de), zuletzt geprüft am 06.05.2016.

Deutscher Bundestag (26.06.1990): Sozialgesetzbuch (SGB) - Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe. In: *BGBI. I*, S. 1163. Online verfügbar unter [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_8/](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_8/), zuletzt geprüft am 03.04.2016.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2016): ICD-10-WHO - Historie und Ausblick. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/historie/index.htm>, zuletzt geprüft am 03.04.2016.

Eggers, C.; Lempp, R.; Nissen, G.; Strunk, P. (1993): Kinder- und Jugendpsychiatrie. 6., unv. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Engel, C.; Pätow, C.; Häßler, F. (2009): Psychische Belastung und Geschlechtsunterschiede einer Stichprobe der stationären Jugendhilfe. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58 (9), S. 702–715.

- Flock, W.; Jungblut, H.-J.; Lapetina, A.; Monestier, B.; Sauerwald, G. (Hg.) (2004): Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland und Uruguay auf der Suche nach neuen Formen methodischen Handelns. Unter Mitarbeit von G. Sauerwald. Münster: Waxmann (Forschung, Studium und Praxis, 10).
- Flösser, G.; Otto, H.-U.; Tillmann, K.-J. (1996): Schule und Jugendhilfe. Neuorientierung im deutsch-deutschen Übergang. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Reihe Schule und Gesellschaft, 12).
- Gatzemann, A. (2008): Die Erziehung zum "neuen" Menschen im Jugendwerkhof Torgau. Ein Beitrag zum kulturellen Gedächtnis. Berlin: Lit (Diktatur und Widerstand, 14).
- Gerhard, U.-J.; Schönberg, A. (2016): Die Anfänge einer differenzierten Neuropsychopharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Untersuchung zur Psycho- und Neuropharmakologie in den 40ern und 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 44, S. 285–294.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Hg.) (2008): Diagnoseverteilung von Mädchen und Jungen mit psychischen Störungen in Fachabteilungen. *Themenhefte*.
- Göllnitz (30.10.1980). Stand und Entwicklung der Kinderneuropsychiatrie.
- Göllnitz, G. (1963): Kinderneuropsychiatrie- ein noch junges Wissenschaftsgebiet. In: *Wissenschaftliche Zeitschrift der Universität Rostock* 12 (3), S. 533–540.
- Göllnitz, G. (1976): Warum Kinderneuropsychiatrie? Vortrag anlässlich des wissenschaftlichen Symposium "50Jahre Kinderneuropsychiatrie an der Karl-Marx-Universität Leipzig". Leipzig, 18.06.1976.
- Göllnitz, G. (1977): Kinderneuropsychiatrie und Jugendgesundheitsschutz der jungen Generation in der DDR. Tagung über Kinderneuropsychiatrie. Salzburg, 22.06.1977.
- Göllnitz, G. (1995): Eine gezielte rhythmisch- psychomotorische Musik- und Bewegungstherapie. Jahrestagung 1995 des BKJPP. Kühlungsborn, Mecklenburg-Vorpommern, 1995.
- Harnack, G.-A. von; Bay, V. (Hg.) (1974): Kinderheilkunde. 3., neubearb. Aufl. Berlin: Springer.
- Hasselhorn, M.; Schneider, W.; Bengel, J. (Hg.) (2007): Handbuch der Entwicklungspsychologie. Göttingen: Hogrefe (Handbuch der Psychologie, 7).
- Häßler, F. (1996): 100 Jahre Psychiatrische und Nervenlinik Rostock. Rostock: Universität Rostock, S. 57–66.
- Häßler, F. (2007): Versorgung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen mit und ohne zusätzliche psychische Störungen in Deutschland. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 35 (6), S. 381–383.
- Häßler, F.; Häßler, G. (2005): Geistige Behinderte im Spiegel der Zeit. Stuttgart: Thieme.
- Häßler, F.; Thome, J. (2012): Intelligenzminderung und ADHS. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 40 (2), S. 83–94.

- Hennicke, K. (2008): Zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland - Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 36 (2), S. 127–134.
- Henschel, A.; Krüger, R.; Schmitt, C.; Stange, W. (Hrg.) (2009): Jugendhilfe und Schule. Handbuch für eine gelingende Kooperation. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hentsch, A. (1999): Die gegenseitige Inanspruchnahme von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie anhand der stationären Klientel der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie der Universität Rostock in den Jahren 1988-1992. Dissertation. Rostock.
- Herrlich, T. (1871): Geschichte der Stadt Rostock bis zum Jahre 1300. Rostock.
- Hille, B.; Jaide, W. (1990): DDR-Jugend. Politisches Bewusstsein und Lebensalltag. Opladen: Leske & Budrich.
- Hoffmann, J. (1981): Jugendhilfe in der DDR. Grundlagen, Funktionen und Strukturen. München: Juventa-Verl.
- Hölling, H.; Schlack, R.; Petermann, F.; Ravens-Sieberer, U.; Mauz, E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). In: *Bundesgesundheitsbl.* 57 (7), S. 807–819.
- Ihle, W.; Esser, G. (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: *Psychologische Rundschau* 53 (4), S. 159–169.
- Jung, H.-P. (Hrg.) (2008): SGB VIII, Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar zum SGB VIII mit Schriftsatz- und Vertragsmustern. 2. Aufl. Freiburg (Breisgau), Berlin: Haufe (Haufe Recht : Kommentar).
- Kind, H. (1997): Psychiatrische Untersuchung. Ein Leitfaden für Studierende und Ärzte in Praxis und Klinik. 5., korrigierte und erg. Aufl. Berlin: Springer.
- Knobloch, W. (2015): Jugendwiderstand in der DDR: Geschlossener Jugendwerkhof Torgau. Hamburg: BACHELOR + MASTER PUBLISHING.
- Koch, H. (1965): Konstitutionell und durch Hirnschäden begründbare Schwererziehbarkeit? In: *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Vereinigt mit Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie)* 206 (4), S. 489–503.
- Köhnken, G.; Lempp, R.; Schütze, G. (Hg.) (2003): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. 2., überarb. und erw. Aufl. Darmstadt: Steinkopff.
- Köttgen, C. (1990): Aus dem Rahmen fallen: Kinder und Jugendliche zwischen Erziehung und Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie.
- Köttgen, U.; Weidemann, J. (1959): Heimkinder. In: *Gesundheitsfürsorge* 6, S. 91–93.



- Krausz, D. (2010): Jugendwerkhöfe in der DDR. Der Geschlossene Jugendwerkhof Torgau. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Kumbier, E.; Häßler, F. (2010): 50 Jahre Kinderneuropsychiatrie an der Universität Rostock. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 38 (3), S. 156–160.
- Lau, C. (2008): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Grenzbereich zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Eine empirische Untersuchung zu Ursachen und Zusammenhängen anhand der stationären Klientel der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock. Dissertation. Rostock.
- Laudien, K.; Sachse, C.: Expertise 2- Erziehungsvorstellungen in der Heimerziehung der DDR. In: Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR – Expertisen, S. 125–299.
- Lehmkuhl, G. (2009): Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. 3. Aufl. Bremen: UNI-MED Verl. (UNI-MED Science).
- Lehr, U. (1978): Die Rolle der Mutter in der Sozialisation des Kindes. Heidelberg: Steinkopff (Praxis der Sozialpsychologie, 3).
- Lentze, M. J.; Schaub, J.; Schulte, F. J.; Spranger, J. (Hg.) (2007): Pädiatrie. Grundlagen und Praxis. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Mannschatz, E. (1994): Jugendhilfe als DDR-Nachlass. Münster: Votum.
- Mansel, J.; Neubauer, G. (1998): Armut und soziale Ungleichheit bei Kindern. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Reihe Kindheitsforschung, 9).
- McGee, R.; Feehan, M.; Williams, S. (1995): Long term follow-up of a birth cohort. In: *F. C. Verhulst & H. M. Koot (eds.), The epidemiology of child and adolescent psychopathology*, S. 366–384.
- Merikangas, K. Ries; Nakamura, E. F.; Kessler, R. C. (2009): Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. In: *Dialogues Clin Neurosci.* 11 (1), S. 7–20.
- Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (Hg.) (2011): Leitfaden zur Zusammenarbeit: Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern: Eigenverlag.
- Ministerium für Volksbildung (31.07.1952): Verordnung über die Berufsausbildung und Förderung der Jugendlichen in den Jugendwerkhöfen. In: Gesetzblatt Nr. 107.
- Ministerium für Volksbildung (22.04.1965): Verordnung über die Aufgaben und die Arbeitsweise der Organe der Jugendhilfe. In: Gesetzblatt II.
- Möller, H.-J.; Laux, G.; Deister, A.; Braun-Scharm, H. (2009): Psychiatrie und Psychotherapie. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme (Duale Reihe).
- Nachtigall, U. (2012): Die DDR-Pädagogik in den Jugendwerkhöfen. München: GRIN Verlag GmbH.
- Neuhäuser, G.; Steinhausen, H. (2003): Geistige Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Neumärker, K.-J. (1982): Zur Geschichte der Abteilung für Kinderneuropsychiatrie an der Berliner Charité. In: *Acta paedopsychiat.* 48 (6), S. 297–305.

Nissen, G. (Hg.) (1977): Frühkindlich-hirnorganisch bedingte Lernstörungen und ihre Behandlung. Internationales Symposium Lernen, Lernstörungen und Ihre Behandlung. Berlin: Springer.

Nissen, G. (2009): Psychopharmaka für Kinder gestern und heute. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 37 (1), S. 7–11.

Nissen, G.; Trott, G.-E. (1995): Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit 46 Tabellen und zahlreichen Fallbeispielen. 3., vollst. überarb. u. erheblich erw. Aufl. Berlin u.a.: Springer.

Nübling, R.; Reisch, M.; Raymann, T. (2006): Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg. In: *Psychotherapeutenjournal* 3, S. 247–257.

Nützel, J.; Schmid, M.; Goldbeck, L.; Fegert, J. M. (2005): Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54 (8), S. 627–644.

Petermann, F. (2005): Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsaufnahme. In: *Kindheit und Entwicklung* 14 (1), S. 48–57.

Petermann, F. (2006): Intelligenzdiagnostik. In: *Kindheit und Entwicklung* 15 (2), S. 71–75.

Petri, H.; Rosenberg, L. (1979): Soziale Schicht und psychische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter. Eine Erprobungsstudie an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population. Göttingen: Verl. für med. Psychologie im Verl. Vandenhoeck & Ruprecht (Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik Beihefte, 9).

Post, W. (1997): Erziehung im Heim. Perspektiven der Heimerziehung im System der Jugendhilfe. Weinheim, München: Juventa-Verl.

Remschmidt, H. (Hg.) (2002): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 mit DSM-IV. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl., Nachdr. Bern: Huber.

Remschmidt, H.; Matthejat, F. (2006): Wie erfolgreich sind stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen? In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 34 (6), S. 455–464.

Ricking, H. (2006): Wenn Schüler dem Unterricht fernbleiben. Schulabsentismus als pädagogische Herausforderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt (Klinkhardt Forschung).

Rißling, J.-K.; Petermann, F. (2012): Intelligenz und Sprache – Sprachentwicklung bei Kindern mit Intelligenzminderung. In: *Sprache Stimme Gehör* 36 (03), S. 123–127.

Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin.

Ropers, H.-H. (2006): X-linked mental retardation: many genes for a complex disorder. In: *Opinion in Genetics & Development* 16 (3), S. 260–269.

- Rothenberger, A.; Neumärker, K.-J. (2005): Wissenschaftsgeschichte der ADHS. Kramer-Pollnow im Spiegel der Zeit. Darmstadt: Steinkopff.
- Sachse, C. (2010): Der letzte Schliff. Jugendhilfe der DDR im Dienst der Disziplinierung von Kindern und Jugendlichen (1945 - 1989). Schwerin: Landesbeauftragte für Mecklenburg-Vorpommern für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der Ehemaligen DDR.
- Sachse, C. (2013): Erziehungsmethoden in den Spezialheimen der DDR. In: *Trauma und Gewalt* 7. (2), S. 2–15.
- Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) (2003): Kinder- und Jugendhilfe im Reformprozess. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Schläfke, D.; Weigel, H.; Häßler, F.; Ernst, K. (2004): Geschichte der Rostocker Psychiatrie. In: Hanns Hippus (Hg.): Universitätskolloquien zur Schizophrenie. Heidelberg: Steinkopff, S. 37–50.
- Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J. M.; Goldbeck, L. (2006): Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55 (1), S. 544–558.
- Schöpf, J. (1996): Psychiatrie für die Praxis. Mit ICD-10-Diagnostik. Berlin: Springer.
- Serrius, F. Carl (1840): M. Joachim Schlüter oder die Reformation in Rostock. Rostock.
- Shepherd, M.; Oppenheim, B.; Mitchel, S. (1973): Auffälliges Verhalten bei Kindern. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie.
- Spiel, W.; Spiel, G. (1987): Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. München: Reinhardt (UTB für Wissenschaft Grosse Reihe, 8030).
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2008): 16 Jahre Kinder- und Jugendhilfegesetz in Deutschland. Ergebnisse der Kinder- und Jugendhilfestatistiken. Erzieherische Hilfen 1991 bis 2006. „Von der Erziehungsberatung bis zur Heimerziehung“. Wiesbaden.
- Süddeutsche Zeitung (2015): Zahl der Kinder in Heimen nimmt zu. In: *Süddeutsche Zeitung*, 28.12.2015. Online verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/news/leben/soziales-zeitung-zahl-der-kinder-in-heimen-nimmt-zu-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-151228-99-597877>, zuletzt geprüft am 06.05.2016.
- Thomasius, R.; Schulte-Markwort, M.; Küstner, U. J.; Riedesser, P.; Bätzing-Lichtenthäler, S.; Wersich, D. et al. (Hg.) (2009): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch ; Grundlagen und Praxis ; mit 98 Tabellen und 30 Fallbeispielen. Stuttgart: Schattauer.
- Universitätsmedizin Rostock: Homepage der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Rostock. Online verfügbar unter <http://kjpp.med.uni-rostock.de>, zuletzt geprüft am 13.07.2015.
- Vierzigmann, G.; Rudeck, R. (1998): Jungenarbeit- Auf dem Weg zu einer geschlechtsbewußten Jugendhilfe. In: *SOS Dialog* 4, S. 4–7.
- Wagner, A.; Jennen-Steinmetz, C.; Göpel, C.; Schmidt, M. H. (2004): Wie effektiv sind Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens? -

eine Inanspruchnahmestudie. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 32 (1), S. 5–16.

Warnke, A.; Lehmkuhl, G. (2010): *Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. 4., überarb. u. aktual. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Weidtmann, V.; Cremer, H. (1989): *Diagnoseschlüssel für die Pädiatrie*. 2., stark erw. und überarb. Aufl. Berlin: Springer.

Weitbrecht, H. Jörg (1973): *Psychiatrie im Grundriss*. 3., neubearbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Zimmermann, V. (2004): *"Den neuen Menschen schaffen". Die Umerziehung von schwererziehbaren und straffälligen Jugendlichen in der DDR (1945-1990)*. Köln: Böhlau.

## **VI. Anhang**

### **VI.1 Schlüsselwortverzeichnis**

#### 1. Geschlecht

- 0 = weiblich
- 1 = männlich

#### 2. Geburtsdatum

#### 3. Gruppe

- 1= nicht fremdplatziert
- 2= fremdplatziert
- 3= Fremdplatzierung geplant/empfohlen
- 4= nicht fremdplatziert, aber Jugendhilfe bekannt

#### 4. Aufnahmeart

- 1 = Erstaufnahme
- 2 = mehrmalige Aufnahme/ Diagnose gleich
- 3 = mehrmalige Aufnahme/ Diagnose anders

#### 5. Diagnose

- 0= normales Kind
- 1= Intelligenzminderung
- 2= Stottern/Stammeln
- 3= Epilepsie
- 4= leichter Entwicklungsrückstand
- 5= Dysphagie
- 6= Erziehungsschwierigkeiten
- 7= abnorme Erlebnisreaktion
- 8= Schreib-Leseschwäche
- 9= Chorea minor
- 10= Enuresis
- 11= Milieuschädigung
- 12= frühkindliche Hirnschädigung
- 13= Migräne
- 14= Psychogene Reaktion
- 15= Encephalitis
- 16= Systemerkrankung
- 17= Neuritis
- 18= Mutismus
- 19= Schwererziehbarkeit
- 20= spastische Spinalparalyse
- 21= Chondrodystrophie
- 22= Polio

23= Hydrocephalus  
 24= Hypertrophie part. Hemiatrophie  
 25= abnorme kindliche Persönlichkeit  
 26= Schwerhörigkeit  
 27= Contusio cerebri  
 28= Gutachten  
 29= Pavor nocturnus  
 30= Commotio cerebri  
 31= Halswirbel-Fraktur  
 32= Fascialisparese  
 33= Little-Syndrom  
 34= Mongolismus  
 35= raumfordernder Prozess  
 36= M. Wilson  
 37= Apraxie  
 38= Intoxikation  
 39= Trichotillomanie  
 40= Autismus  
 41= motorische Aphasie  
 42= Tic- Störung  
 43= exzessives Masturbation  
 44= Schizophrenie  
 45= Toxoplasmose

#### 6.Diagnose (ICD-10)

#### 7. Aufnahmetag

#### 8. Entlassungstag

#### 9. Aufenthaltsdauer (Entlassungstag- Aufnahmetag)

#### 10. Behandlungserfolg

1= unverändert  
 2= leichte Besserung  
 3= deutliche Besserung  
 4= Verschlechterung  
 5= nicht beurteilbar

#### 11.Wiederholung der Behandlung

0= keine Wiederholung  
 1= einmalig/ Diagnose gleich  
 2= mehrmalig/ Diagnose gleich  
 3= einmalig/ Diagnose anders  
 4= mehrmalig/ Diagnose anders

12. Aufnahmesymptomatik

- 0 = gering
- 1 = ausgeprägt

13. Suizidversuch während des Aufenthaltes

- 0 = nein
- 1 = ja

14. Substanzmissbrauch während des Aufenthaltes

- 0 = nein
- 1 = ja

15. Geburtskomplikationen

- 0= normal
- 1= Asphyxie
- 2= Übertragenes Neugeborenes
- 3= Frühgeburt
- 4= Sturzgeburt
- 5= sonstiges (Nabelschnurverlegung, vorzeitige Wehen, Zangengeburt)

16. Entwicklungsverzögerungen

- 0= normal
- 1= Sprache
- 2= Motorik
- 3= Sauberkeit
- 4= Leistung
- 5= 2+3
- 6= 1+3
- 7= 1+2
- 8=1+2+3+4
- 9= 3+4
- 10=1+2+4

17. Intelligenzquotient

- 0= normal
- 1= leicht gemindert (Debilität)
- 2= mittel gemindert (Imbezilität)
- 3= schwer gemindert (Idiotie)

18. EEG-Befund

- 0= kein EEG vorhanden
- 1= normal
- 2= Grenzbefund
- 3= pathologisch

## 19. Medikamentengabe

0 = nein

1 = ja

## 20. weitere Symptome

0= normal

1= Aggression

2= Hypermotorik

3= Konzentrationsstörungen

4= Empfehlung zur Sonderschule

5= Lügen

6= Schuleschwänzen

7= Hypersozialität

8 = nach Infekt Beginn der Symptomatik

10= Stehlen

11= Mutismus

12= Weinen

13=Verständnisprobleme

14= Sodomie

15= Nägelbeißen

16= Entblößen Genitale

17= Missbrauch durch die Eltern

## 21. Expansive Verhaltensstörungen

1= Störung des Sozialverhaltens

2 = Störungen der Aufmerksamkeit und Konzentration

3 = Störungen des Sozialverhaltens und der Emotion

## 22. Aggression

0 = nicht vorhanden

1 = vorhanden

## 23. Hypermotorik

0 = nicht vorhanden

1 = vorhanden

## 24. Konzentrationsstörungen

0 = nicht vorhanden

1 = vorhanden



25. Stehlen

- 0 = nicht vorhanden
- 1 = vorhanden

26. Missbrauch durch die Eltern

- 0 = kein Missbrauch
- 1= Missbrauchsvorfälle

27. Familiärer Hintergrund

- 1= Vater und Mutter
- 2= Mutter allein
- 3= Vater allein
- 4= Stiefkind zur Mutter
- 5= Stiefkind zum Vater
- 6= Adoptivkind
- 7= Heimkind
- 8= anderweitige Unterbringung

28. Schulabschluss Eltern

- 1= 8. Klasse
- 2= 10.Klasse
- 3= Abitur

29. Erlerner Beruf der Eltern

- 1= ohne
- 2= Facharbeiter
- 3= Fach-oder Hochschulabschluss

30. Berufstätigkeit der Eltern

- 0= nicht berufstätig
- 1= berufstätig

31. Suchtmittel bei den Eltern

- 0=kein
- 1= Alkoholabusus
- 2= Medikamente
- 3= beides

### 32. Psychiatrische Erkrankungen der Eltern

- 0= keine
- 1= psychiatrische Erkrankung bekannt
- 2= Großeltern mit psychiatrischer Erkrankung
- 3= Eltern und Großeltern mit psychiatrischer Erkrankung

### 33. Milieu

- 0 = niedrig
- 1 = höher

### 34. Anzahl der Geschwister

### 35. Stellung in der Geschwisterreihe

### 36. Einweisende Stelle

- 1= Kinderheim
- 2= eigene Poliklinik
- 3=niedergelassener Arzt
- 4=auswertige Klinik
- 5= Jugendhilfe
- 6= Selbstmelder
- 7= Schule

### 37. Weiterbehandlung

- 1= keine
- 2= Kinderheim
- 3= sonst. Heim
- 4= amb. durch eigene Poliklinik
- 5= auswertige Klinik
- 6= niedergelassener Arzt
- 7= stat. Aufnahme
- 8= Jugendhilfe

### 38. Überweisung Klinik-Heim/ Heim-Klinik

- 0= keine
- 1= direkte Überweisung
- 2= geplant
- 3= empfohlen

## **Danksagung**

Nachfolgend möchte ich meinen besonderen Dank den Personen entgegen bringen, ohne deren Unterstützung es niemals zur Fertigstellung dieser Promotion gekommen wäre:

An erster Stelle danke ich Herrn Prof. Dr. F. Häßler, meinem Doktorvater, für die Betreuung dieser Arbeit und der freundlichen Unterstützung während der Umsetzung. Die wertvollen Ratschläge und das entgegengebrachte Vertrauen habe ich stets als Motivation empfunden.

Weiterhin danke ich Herrn Dr. O. Reis, der mich bei der statistischen Auswertung unterstützte und mit konstruktiver Kritik und zahlreichen Ideen wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beitrug.

Meinen lieben Eltern danke ich außerordentlich für ihren Beistand und ihre uneingeschränkte Hilfe- nicht nur während der Fertigstellung dieser Promotion.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich eidesstattlich, die vorliegende Arbeit selbstständig und ausschließlich unter Benutzung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt zu haben. Alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, habe ich durch Quellenangaben kenntlich gemacht.

Rostock, d. 20.09.2016

Wiebke Mai